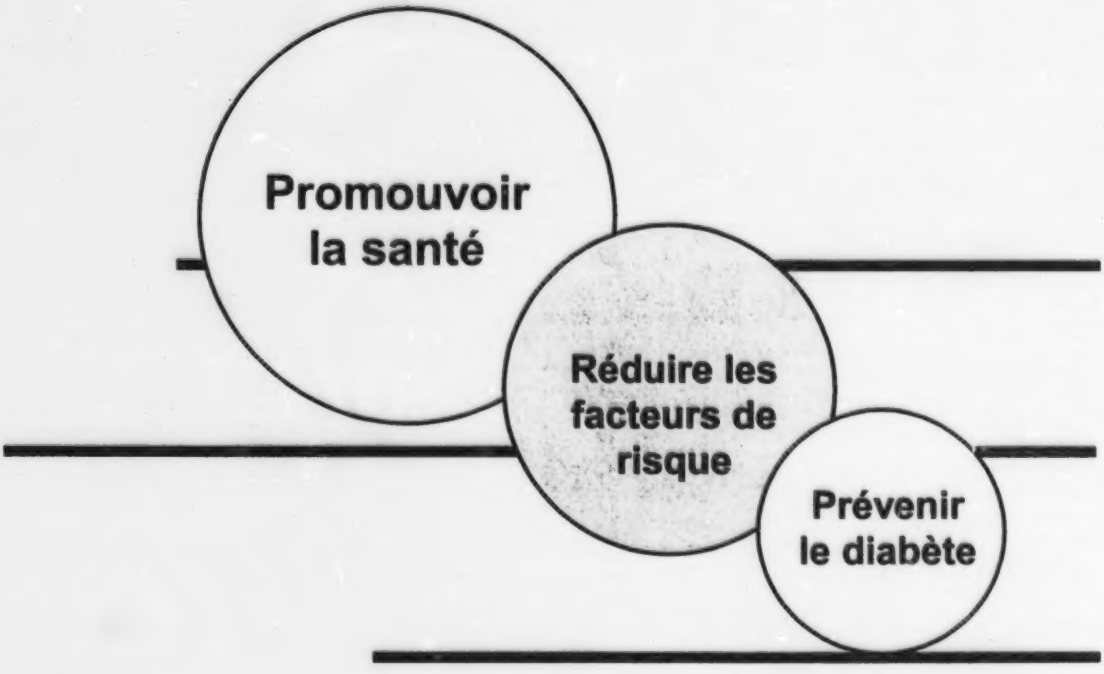
Prévenir le diabète au Canada atlantique



Un rapport rédigé par Susan Lilley pour
la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Bureau de l'Atlantique
Santé Canada

Juin 2000

Santé Canada Health Canada

Canada

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Also available in English under the title ***Preventing Diabetes in Atlantic Canada***.

Le lecteur peut reproduire entièrement ou partiellement le présent document, à condition de mentionner la source comme suit :

Prévenir le diabète au Canada atlantique. 2000. Rédigé par S. Lilley pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau de l'Atlantique, Santé Canada.

REMERCIEMENTS

Le présent document a été rédigé par Susan Lilley et produit sous la direction du Comité fédéral-provincial sur le diabète, région de l'Atlantique, dont les membres sont :

Andrea Aucoin, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau de l'Atlantique, Santé Canada
Allan Corbett, Department of Health and Community Service, Terre-Neuve
Peggy Dunbar, Diabetes Care Program of Nova Scotia
Gisèle McCaie-Burke, Département de la santé et du Mieux-être, Nouveau-Brunswick
Jane Oram, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau de l'Atlantique, Santé Canada
Laraine Poole, Department of Health and Social Services, Île-du-Prince-Édouard

Mike Pennock, de la Population Health Research Unit, Dalhousie University, a fourni les données épidémiologiques. Glenda Dell, Provincial Diabetes Program, Île-du-Prince-Édouard, Stacey Lewis, Cape Breton Wellness Centre et Judy Purcell, Société canadienne du cancer, ont généreusement consacré une partie de leur temps à l'essai d'une première ébauche de l'enquête sur la prévention du diabète. Une version antérieure du présent rapport a été révisée par les membres du Comité fédéral-provincial sur le diabète, région de l'Atlantique, ainsi que par Neala Gill, Association canadienne du diabète, Jane Farquharson, Heart Health Nova Scotia et Glenda Dell.

Le projet n'aurait pu être mené à bien sans l'appui d'un très grand nombre de personnes des quatre provinces atlantiques qui nous ont généreusement et patiemment donné de leur temps et fait profiter de leur expérience. Nous les remercions toutes sincèrement.

La Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau de l'Atlantique

SOMMAIRE

Le diabète, maladie qui peut avoir et, en fait, a souvent pour complications la crise cardiaque et l'accident vasculaire cérébral, la cécité, la dysfonction rénale, des lésions neurologiques et l'amputation, représente un dossier de santé publique préoccupant. On estime qu'il cause au moins 25 000 décès par an au Canada. Sa prévalence est même plus forte au Canada atlantique que dans l'ensemble du pays et semble y augmenter plus rapidement. Cette situation n'est pas étonnante, car les taux d'obésité et d'inactivité physique, deux facteurs de risque modifiables du diabète de type 2, la forme sur laquelle se concentre le présent rapport, sont également élevés dans la région. Au Canada atlantique, quatre adultes sur dix sont obèses et six sur dix ne font pas suffisamment d'exercice, proportions nettement plus élevées que celles observées pour le reste du Canada. Conjuguée à l'accélération du vieillissement de la population, la croissance des taux d'obésité et de diabète posera non seulement de graves difficultés aux personnes touchées et aux membres de leur famille, mais constituera aussi un défi important pour le système de santé dans son ensemble. La situation est sérieuse et demande une intervention immédiate et concertée.

Au niveau de la population, on peut prévenir le diabète de type 2 en réduisant l'inactivité physique et l'obésité. Dans le contexte d'une stratégie axée sur la santé de la population, les activités de prévention du diabète doivent viser à réduire l'exposition de la population entière aux causes sous-jacentes de l'inactivité et de l'obésité. Comme la plupart de ces causes sortent de la sphère du secteur de la santé, il faut, pour amener des changements, élaborer et mettre en œuvre les stratégies en collaboration étroite avec d'autres secteurs. L'intervention du secteur des loisirs et de celui de l'alimentation et des services de restauration est essentielle à la transformation environnementale qui doit se produire si l'on veut réussir à prévenir le diabète. La réduction de la prévalence du diabète dans la population nécessitera l'engagement à long terme de nombreux secteurs et une série de stratégies variées mises en œuvre sur un grand nombre d'années. Les stratégies fructueuses de promotion de la santé de la population incluent l'adoption d'une politique gouvernementale axée sur l'amélioration de la santé, la création d'un milieu favorable, le renforcement des mesures communautaires, le développement des compétences personnelles et la réorientation des services de santé.

Une analyse de l'environnement a été réalisée dans la région de l'Atlantique afin de mieux comprendre l'infrastructure existante de prévention primaire du diabète de type 2. Selon cette étude, la région n'a accordé jusqu'à présent qu'une faible priorité à la prévention du diabète, même si nombre d'organismes entreprennent des activités de prévention. Dans chaque province, plusieurs organismes ont adopté une approche axée sur la santé de la population en vue de

réduire l'inactivité et l'obésité au niveau régional ou provincial. À cet égard, les travaux semblent être un peu plus avancés dans les secteurs de l'activité physique et des loisirs. La plupart des initiatives multisectorielles à l'échelle de la population en sont encore à l'étape de la mise au point et les fonds nécessaires n'ont pas encore été obtenus ni les stratégies élaborées. En fait, le budget de quelques-unes de ces initiatives est presque épuisé.

Néanmoins, pour la plupart des autres initiatives, s'efforcer d'augmenter les connaissances et les compétences individuelles demeurent la méthode principalement appliquée pour modifier les comportements. Dans l'ensemble, peu d'initiatives sont multisectorielles et un nombre encore plus faible reposent sur une collaboration entre les secteurs des loisirs et de la santé. Les partenariats avec l'industrie de l'alimentation sont fort nombreux. Selon les participants à l'enquête, l'insuffisance des ressources, tant humaines que financières, est le principal obstacle à la prévention primaire.

L'analyse de l'environnement montre que, pour nombre de personnes de la région, l'adoption d'une approche axée sur la santé de la population pour prévenir le diabète représente une nouvelle façon de penser. Pour traduire cette nouvelle façon de penser en nouvelle façon d'agir, il faudra susciter un plus grand engagement chez les organismes qui effectuent les travaux et augmenter leur capacité d'accomplir ces travaux. Par conséquent, le succès d'une stratégie de prévention du diabète reposera sur des efforts concertés en vue d'augmenter la capacité, aux niveaux organisationnel et individuel, de collaborer avec d'autres secteurs et de créer un environnement et des conditions qui favorisent l'adoption de comportements favorables à la santé. Ces efforts doivent inclure des activités de formation, la production de documentation, la fourniture de renseignements sur les interventions fructueuses et l'obtention des ressources financières et humaines appropriées pour réorienter, coordonner et mettre en œuvre des programmes de prévention primaire.

Les résultats laissent aussi entendre que prévenir le diabète exigera deux stratégies distinctes, mais connexes, c'est-à-dire une stratégie pour chaque facteur de risque modifiable. Dans chaque province, des partenariats intersectoriels en vue de réduire l'inactivité ont été établis après l'élaboration d'un cadre stratégique national et les travaux sont déjà bien avancés. Ces partenariats représentent certes un premier pas important vers la prévention du diabète, mais il faudra appliquer des mesures vigoureuses, soutenues et bien conçues pour provoquer des modifications mesurables du comportement. Pour cela, les provinces devront obtenir un appui à la fois politique et financier.

Les partenariats intersectoriels à l'échelle provinciale en vue d'améliorer la nutrition ne sont pas aussi développés. Dans certaines provinces, les équipes chargées des projets sur la santé cardiovasculaire ont établi des partenariats solides et mis en œuvre des stratégies dans des régions socio-sanitaires particulières. Cette expertise et l'infrastructure qui a été mise en place ces dix dernières années sont d'importantes ressources sur lesquelles pourront s'appuyer les stratégies provinciales visant à résoudre les problèmes concernant la nutrition ou l'obésité.

Cependant, pour que la lutte contre l'obésité donne des résultats mesurables à l'échelle de la population, il faudra élaborer un cadre stratégique qui assurera le soutien politique et financier nécessaire pour augmenter la capacité d'action de nombreux organismes et coordonner les travaux.

La Stratégie canadienne sur le diabète offre une excellente occasion d'améliorer la santé de la population au cours du prochain siècle. À condition que le soutien soit adéquat, la région possède déjà toutes les ressources nécessaires pour prévenir le diabète de type 2. Les importantes mesures prises à l'heure actuelle nécessiteront des fonds supplémentaires, mais en dernière analyse, ne pas agir coûtera beaucoup plus cher. Un effort concerté en vue de prévenir l'inactivité et l'obésité aujourd'hui aura des effets qui dépasseront de loin le cadre de la prévention du diabète et s'étendront à la prévention d'autres maladies non transmissibles. L'effort déployé aujourd'hui permettra donc d'améliorer la qualité de la vie et de réduire le fardeau qui pèse sur le système de santé pendant les décennies à venir.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire i

Introduction 1

Première section : Approche axée sur la santé de la population appliquée au diabète 4

Deuxième section : Situation courante : Le diabète au Canada atlantique .. 9

Troisième section : Activités courantes de prévention 16
Méthode d'enquête 16
Réponse à l'enquête et limitations 19
Résultats de l'enquête 22
Activités visant à prévenir le diabète 23
Activités visant à réduire les facteurs de risque de diabète 24
Activités visant à améliorer l'état de santé et le bien-être 28
Initiatives visant des populations particulières 29
Stratégies utilisées pour amener le changement 32
Capacité d'établir des partenariats et collaboration intersectorielle 33
Prévention primaire : défis et obstacles 34
Futures initiatives 36
Conclusions de l'enquête 37

Quatrième section : Action concertée en vue de prévenir le diabète 39
Conclusion 44

Notes en fin de texte 47
Bibliographie 49

Annexe : Organismes qui ont participé à l'enquête

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Nombre de contacts et de réponses, selon la province ou la région. 20

Figure 1: Pourcentage de la population atteinte de diabète 9

Figure 2 : Pourcentage de personnes atteintes du diabète, selon la province, 1996-1997 9

Figure 3 : Pourcentage de personnes atteintes du diabète, selon le groupe, 1996-1997 12

Figure 4 : Pourcentage de personnes atteintes du diabète, selon la catégorie de revenu, 1996-1997 12

Figure 5 : Pourcentage de personnes atteintes du diabète, selon le niveau de scolarité, 1996-1997 13

Figure 6 : Pourcentage de personnes obèses, selon la province, 1996-1997 13

Figure 7 : Pourcentage de personnes inactives, selon la province, 1996-1997 14

Figure 8 : Répartition des organismes qui ont participé à l'enquête, selon la province ou la région 20

Figure 9 : Chevauchement des objectifs qui contribuent à la prévention du diabète 22

Figure 10 : Répartition des initiatives relevées dans l'enquête, selon l'objectif 22

Figure 11 : Répartition des initiatives provinciales/régionales mentionnées lors du sondage, selon le facteur de risque de diabète (les deux = alimentation et inactivité physique) 24

Figure 12 : Populations visées par les initiatives décrites dans l'enquête, selon l'étape de la vie 29

Figure 13 : Pourcentage d'initiatives recensées lors de l'enquête qui utilisent chaque stratégie 31

103-00245

INTRODUCTION

Le diabète est considéré comme un problème de santé publique susceptible de prendre des proportions considérables. Au Canada, au moins 5 500 décès par an sont attribués directement à cette maladie, qui est la septième cause principale de décès. Le diabète entraîne souvent des complications débilitantes, voire mortelles, comme la cécité, la dysfonction du rein, des lésions neurologiques, l'amputation, la crise cardiaque et l'accident vasculaire cérébral. Si l'on tient compte des décès dus à toutes ces complications, on estime que le diabète cause environ 25 000 décès par an au Canada[1].

Pourtant, le diabète de type 2, qui est la forme la plus courante de la maladie et le sujet du présent rapport, est en grande partie évitable[2]. La prévention primaire consiste à augmenter l'activité physique, à adopter de bonnes habitudes alimentaires et à atteindre et maintenir un poids corporel sain. Les travaux de recherche montrent que ces changements réduisent effectivement l'incidence non seulement du diabète de type 2, mais aussi des maladies cardiovasculaires, de l'hypertension et d'autres maladies non transmissibles. La prévention primaire exige un effort soutenu de longue durée, mais représente manifestement un bon investissement dans l'avenir.

En novembre 1999, le gouvernement du Canada a lancé la Stratégie canadienne sur le diabète, initiative nationale globale dont la prévention du diabète est l'une des quatre composantes[3]. La présente analyse de l'environnement est le premier projet réalisé dans la région de l'Atlantique au titre de la composante de la prévention et de la promotion de la stratégie. Parrainée par le Bureau de l'Atlantique de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, cette analyse servira de fondement à la planification des stratégies de prévention primaire du diabète de type 2. Son objectif était d'examiner les données sur le diabète au Canada atlantique et de recueillir des renseignements sur les principales initiatives qui contribuent à la prévention primaire de cette maladie. Elle visait aussi à décrire la prévention primaire du diabète dans le contexte de la santé de la population.

Le présent rapport ne représente pas un examen complet du dossier du diabète, mais plutôt un outil destiné à susciter la réflexion, des discussions et des débats quant aux stratégies à adopter dans la région. La première section décrit l'approche axée sur la santé de la population appliquée au diabète. La deuxième section, intitulée Situation courante, brosse le tableau statistique du diabète dans la région de l'Atlantique, tandis que la troisième, intitulée Activités courantes de prévention, décrit la gamme diversifiée d'initiatives provinciales ou régionales qui contribuent à la prévention du diabète. Enfin, la dernière section, Action concertée, intègre les renseignements

présentés dans les trois premières sections et énumère les mesures qui doivent être prises pour lancer une stratégie concertée sérieuse de prévention du diabète.

Notions élémentaires sur le diabète

DIABÈTE : État qui empêche l'organisme de produire de l'insuline ou bien d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit.

INSULINE : Hormone produite par les cellules bêta du pancréas et qui régule la concentration de glucose dans le sang. Une personne dont le pancréas est incapable de produire de l'insuline est atteinte de diabète de type 1 et doit recevoir de l'insuline par injection. Si le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme ne peut utiliser l'insuline qu'il produit, la personne est atteinte de diabète de type 2 et doit parfois prendre des médicaments par voie buccale ou recevoir des injections d'insuline.

DIABÈTE DE TYPE 1 (appelé antérieurement diabète insulino-dépendant) : Se manifeste si le pancréas est incapable de produire de l'insuline. Il est causé par la destruction des cellules bêta du pancréas par le système immun de l'organisme. Il se manifeste habituellement à l'enfance ou à l'adolescence, mais peut survenir à tout âge. À l'heure actuelle, il n'existe aucun moyen connu de prévenir le diabète de type 1 et le présent document ne porte par conséquent pas sur cette forme de la maladie.

DIABÈTE DE TYPE 2 (anciennement appelé diabète non insulino-dépendant) : Se manifeste si le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline pour répondre aux besoins de l'organisme ou que ce dernier ne peut utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. Cet état facilement évitable est habituellement diagnostiqué chez les personnes de plus de 35 ans. Il représente 90 % des cas de diabète et est la forme visée par le présent rapport. Le traitement du diabète de type 2 consiste habituellement à adopter de bonnes habitudes alimentaires et à s'adonner à des activités physiques, mais certaines personnes doivent prendre des médicaments par voie buccale ou recevoir des injections d'insuline.

PRÉVENTION PRIMAIRE[4] du diabète : Englobe les activités qui visent à prévenir la manifestation du diabète chez les personnes ou chez les populations à risque grâce à des modifications de l'environnement et des facteurs de risque comportementaux. Ces activités couvrent tout changement entrepris avant la manifestation du diabète clinique. On distingue deux grandes stratégies de prévention primaire du diabète. L'une vise à modifier les facteurs de risque chez une population ou un groupe dans son ensemble et l'autre chez les personnes en particulier.

PRÉVENTION SECONDAIRE du diabète : Comprend des méthodes telles que le dépistage du diabète à un stade aussi précoce que possible afin d'en corriger ou d'en arrêter les effets.

PRÉVENTION TERTIAIRE du diabète : Comprend toute mesure prise pour prévenir les complications du diabète et l'incapacité due à ce dernier chez les personnes déjà atteintes.

Première section
APPROCHE AXÉE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION APPLIQUÉE AU DIABÈTE[5]

Jusqu'à présent, la plupart des travaux de recherche et des programmes concernant le diabète ont été axés sur les personnes déjà atteintes du diabète ou qui manifestent les premiers signes de la maladie. Autrement dit, on s'est concentré sur le traitement et (ou) sur les modifications du mode de vie visant à prévenir les complications ultérieures de la maladie. Peu d'efforts ont été déployés en vue d'empêcher avant tout la manifestation du diabète dans l'ensemble de la population. La présente section donne une vue d'ensemble d'une stratégie axée sur la santé de la population visant à prévenir le diabète de type 2. Y sont exposés les caractéristiques d'une approche axée sur la santé de la population, des exemples de stratégies en vue de lutter contre le diabète et les principaux éléments des programmes qui permettent de modifier les comportements qui influent sur la santé.

La prévention du diabète a pour point de départ les facteurs de risque modifiables connus du diabète de type 2[6], à savoir l'obésité et l'inactivité physique. Fait peu surprenant, il existe un lien étroit entre ces deux facteurs de risque.

Activité physique : Selon de nombreux travaux de recherche[7], l'activité physique contribue à prévenir le diabète de plusieurs façons - directement, en améliorant l'effet de l'insuline et, indirectement, en réduisant l'obésité dans son ensemble, ainsi que la proportion de tissu adipeux logé dans la zone abdominale centrale. L'inactivité physique est également un facteur de risque primaire de maladie coronarienne et il existe une foule de preuves que même une activité physique modérée réduit le risque d'accident vasculaire cérébral, d'hypertension, d'ostéoporose et de certaines formes de cancer[8].

Obésité: L'obésité réduit la réponse cellulaire à l'insuline. Le risque de diabète augmente parallèlement à l'augmentation du poids corporel. Cependant, l'accumulation de tissu adipeux dans la région abdominale semble être un prédicteur encore plus important du diabète et d'autres maladies non transmissibles que l'obésité en soi. L'obésité contribue aussi indirectement au diabète en limitant l'activité physique. Les conséquences de l'obésité sur la santé sont nombreuses et variées; en plus des conséquences psychosociales, elles incluent la maladie

coronarienne, l'hypertension, certaines formes de cancers, les troubles de la vésicule biliaire, l'apnée du sommeil, la lombalgie et le décès prématuré. L'évidence suggère que la proportion croissante de matières grasses dans notre régime alimentaire (densité énergétique plus forte) et notre mode de vie de plus en plus sédentaire sont des causes importantes de l'augmentation du poids corporel moyen de la population.

Une stratégie axée sur la santé de la population en vue de prévenir le diabète signifie :

- élaborer des programmes à l'échelle de la population;
- réduire l'inactivité physique et l'obésité;
- agir sur les causes fondamentales;
- fonder les décisions sur des données probantes;
- recourir à de multiples stratégies;
- planifier à long terme;
- collaborer avec d'autres secteurs.

En général, on distingue deux grandes catégories de stratégies de lutte contre l'obésité et l'inactivité physique : celles qui visent à améliorer les connaissances et les compétences des particuliers et celles qui visent à réduire l'exposition de la population aux causes environnementales sous-jacentes de ces facteurs de risque. Par le passé, on s'est surtout efforcé d'améliorer les connaissances et les compétences individuelles pour lutter contre l'obésité et le manque d'activité[9], mais cette stratégie n'a donné que des résultats médiocres. Dans une société qui favorise les modes de vie néfastes à la santé, l'information et l'éducation n'ont aucune chance de porter fruit. Au lieu de se concentrer sur l'éducation individuelle, une approche axée sur la santé de la population vise à créer des environnements et des conditions favorables au maintien d'un mode de vie actif et à l'adoption de bonnes habitudes alimentaires, donc à permettre à tous les membres de la population d'adopter plus facilement des comportements salutaires. Une stratégie axée sur la santé de la population en vue de prévenir le diabète s'applique à la population dans son ensemble plutôt qu'aux particuliers[10] et présente les caractéristiques qui suivent.

○ Élaboration de programmes à l'échelle de la population

Une stratégie axée sur la santé de la population vise à améliorer la santé de la population dans son ensemble (ou de sous-populations importantes, comme les peuples autochtones). Cette stratégie consiste à reconnaître que de petits changements accomplis par la plupart des membres de la population auront un effet nettement plus important sur la santé globale de la population que de grands changements réalisés par quelques personnes seulement. L'objectif est d'établir un mode de vie sain dans un environnement sain. Un environnement qui favorise l'activité physique et une nutrition optimale contribuera à prévenir la manifestation du diabète chez les personnes à haut risque et à empêcher que le risque devienne élevé chez les personnes pour lesquelles il est faible.

○ Agir sur les causes fondamentales

Une stratégie axée sur la santé de la population nécessite l'examen des causes fondamentales de la maladie et des conditions qui créent un bon état de santé. Elle consiste à se demander pourquoi certaines personnes sont inactives ou obèses et à agir sur les environnements et les conditions qui

influent sur le mode de vie et sur l'état de santé. Créer des environnements qui favorisent un mode de vie actif et un poids-santé oblige à examiner le large éventail de facteurs et de conditions qui influencent fortement la santé et de prendre des mesures en conséquence. Ces facteurs, appelés *déterminants de la santé*, incluent un revenu et un statut social adéquats, un emploi et des conditions de travail sûrs, l'existence de réseaux de soutien social et un milieu physique et social favorable.

○ Planification fondée sur des données probantes

Une stratégie axée sur la santé de la population exige que les décisions concernant les politiques et les programmes se fondent sur des données probantes. On distingue essentiellement trois sources d'information sur lesquelles fonder les décisions de planification[11] : les données statistiques et démographiques qui décrivent la situation, les renseignements sur les initiatives fructueuses tirés des travaux de recherche publiés et les connaissances accumulées par la collectivité.

○ Collaboration intersectorielle

L'approche axée sur la santé de la population reconnaît qu'à lui seul, le secteur de la santé ne peut réaliser des changements à l'échelle de la population. Comme nombre de conditions et de facteurs qui déterminent la santé ne relèvent pas de la compétence du secteur de la santé, les personnes qui travaillent dans ce secteur doivent forger de nouveaux liens stratégiques avec des groupes qui ne s'intéressent normalement pas à la santé, mais dont les activités ont une incidence sur celle-ci. Le secteur de la condition physique et des loisirs et celui de l'alimentation sont tous deux susceptibles de jouer un rôle important dans la prévention du diabète. Le secteur de l'alimentation – producteurs, transformateurs, distributeurs, détaillants et restaurateurs – est le partenaire stratégique clé pour les initiatives visant à réduire la densité énergétique et la teneur en matières grasses des aliments. Ce ne sont là que deux des nombreux secteurs qui devraient participer aux efforts déployés pour réduire la prévalence du diabète. Les secteurs des services sociaux et de l'éducation, qui concentrent tous deux leurs activités sur les familles et les enfants, sont deux autres partenaires importants.

○ Stratégies multiples et effort soutenu

L'approche axée sur la santé de la population reconnaît qu'apporter des changements à l'échelle de la population prend du temps et que toutes les interventions ne sont pas couronnées de succès. Réaliser des changements à l'échelle de la population nécessite un engagement de longue durée, y compris des interventions multiples dont l'exécution est coordonnée à divers paliers de responsabilité au cours d'une période donnée. Les stratégies de promotion de la santé de la population incluent l'élaboration d'une politique gouvernementale axée sur l'amélioration de la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement des mesures communautaires, le développement des compétences personnelles et la réorientation des services de santé[12]. Suivent des exemples de stratégies qui pourraient contribuer à la prévention du diabète.

Établir une politique de santé publique
- demander que les employeurs accordent des pauses réservées à l'activité physique;
- demander que les écoles augmentent le temps consacré à l'activité physique;
- éliminer les friteuses des cantines des écoles et des lieux de travail;
- apposer un avertissement sur l'étiquette des aliments riches en matières grasses.

Créer des environnements favorables :
- assurer la vente de fruits et de légumes frais au prix coûtant, sans bénéfices, dans les collectivités à faible revenu;
- faire la promotion d'une alimentation saine dans les épiceries, les écoles et les cantines des lieux de travail;
- donner l'accès gratuit aux installations récréatives communautaires;
- créer un plus grand nombre de parcs et d'espaces verts;
- agrandir le réseau de sentiers de promenade et de pistes cyclables.

Renforcer l'action communautaire :
- former et soutenir un réseau d'organismes et de services communautaires déterminés à améliorer les comportements en ce qui concerne la nutrition et l'activité physique;
- appuyer les efforts d'un groupe communautaire de bénévoles qui se chargent d'installer une piste de ski de fond;
- former et aider un groupe de jeunes qui cherchent à multiplier les occasions de participer à des activités physiques pour les jeunes d'une collectivité rurale.

Développer les compétences personnelles :
- mettre sur pied une campagne d'éducation pour permettre aux personnes de lire et de comprendre les étiquettes apposées sur les aliments;
- apprendre aux jeunes à préparer des aliments nourrissants à faible teneur en matières grasses;
- offrir une formation d'animateur d'activités de plein air aux jeunes.

Réorienter les services de santé :
- augmenter la part du budget des services de santé consacrée aux activités de prévention primaire;
- offrir aux employés et aux bénévoles une formation leur donnant les compétences nécessaires pour promouvoir la santé de la population;
- charger un service de santé local, comme un centre d'information sur le diabète, de collaborer avec les groupes communautaires à la promotion de clubs de randonnée;
- charger un programme provincial de traitement du diabète de coordonner les travaux de prévention de l'obésité d'un groupe intersectoriel provincial.

Selon l'Organisation mondiale de la santé[13], les campagnes de santé publique qui réussissent à modifier les comportements ont en commun les caractéristiques suivantes :

Éléments des programmes fructueux :

- Durée et persistance adéquates
- Démarche lente et progressive
- Mesures législatives
- Éducation
- Promotion et défense de la cause
- Responsabilité partagée par les consommateurs, les collectivités, l'industrie alimentaire et les gouvernements

Durée et persistance adéquates : Les programmes fructueux prennent jusqu'à dix années pour produire des résultats mesurables.

Démarche lente et progressive : Les campagnes visant à modifier un seul comportement doivent s'appuyer sur une série de stratégies appliquées par étape, au fil du temps, en vue d'assurer la transition progressive de la planification du changement au changement réel, puis à son maintien.

Mesures législatives : L'adoption de lois, comme celles qui exigent le port de la ceinture de sécurité ou d'un casque et celles contre la conduite en état d'ivresse, donne de bons résultats à condition d'être conjuguée à des mesures éducatives.

Éducation : À elle seule, l'éducation a peu de chance de donner de bons résultats. Toutefois, combinée à d'autres stratégies, elle favorise et soutient la modification du comportement et atténue le sentiment que le changement est imposé.

Promotion et défense de la cause : Les activités énergiques et généralisées de promotion et de défense de la cause ont été un élément clé de la réussite des campagnes de lutte contre le tabagisme et contre l'exposition à la fumée des autres.

Partage de la responsabilité entre les consommateurs, les collectivités, l'industrie alimentaire et les gouvernements : Les particuliers ne sont pas les seuls qui doivent modifier leur comportement. Les gouvernements, les entreprises et les collectivités doivent aussi modifier leur façon de faire en vue de soutenir les changements individuels.

Ces caractéristiques des programmes fructueux complètent l'approche axée sur la santé de la population décrite plus haut. Regroupés, ces deux ensembles de critères constituent un excellent carnet de route pour l'élaboration de programmes et de stratégies de prévention du diabète au Canada atlantique. De surcroît, ils donnent une idée des nouvelles connaissances et compétences que les spécialistes et les bénévoles communautaires doivent acquérir en vue de promouvoir la santé de la population.

Deuxième section
SITUATION COURANTE : LE DIABÈTE AU CANADA ATLANTIQUE

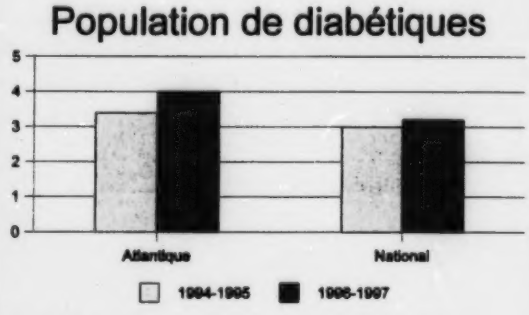


Figure 1 : Pourcentage de la population atteinte de diabète

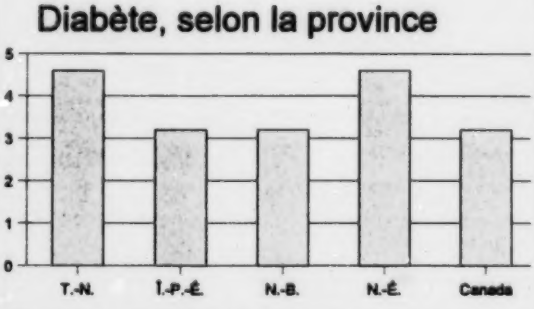


Figure 2 : Pourcentage de personnes atteintes du diabète, selon la province, 1996-1997

L'adoption d'une approche axée sur la santé de la population pour prévenir le diabète nécessite des données statistiques qui décrivent la situation courante et permettent de suivre les changements à mesure que se déploie la stratégie. La présente section donne une vue d'ensemble des données statistiques sur le diabète au Canada atlantique. Elle permet de comparer les taux de personnes atteintes du diabète observés pour divers groupes démographiques et fournit des éclaircissements sur l'inactivité et l'obésité dans la région. Malheureusement, les sources courantes de données ne fournissent pas tous les renseignements souhaités sur le diabète dans la région. Plus particulièrement, on ne dispose d'aucune donnée sur les groupes minoritaires, comme la collectivité noire de la Nouvelle-Écosse. En principe, ce genre d'information sera plus facile à obtenir quand le Système national de surveillance du diabète[14] sera lancé.

Sauf indication contraire, les données présentées ici sont tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997[15] et, dans quelques cas, du cycle de 1994-1995 de cette enquête. L'ENSP est la seule source de données à jour sur le diabète permettant de faire des comparaisons interprovinces et chronologiques. On a posé aux participants à l'enquête la question : « Un

professionnel de la santé a-t-il diagnostiqué que vous souffrez de diabète? ».

Il est important de noter que le champ d'observation de l'ENSP de 1996-1997 n'inclut pas les habitants des réserves indiennes et des bases des Forces canadiennes, ni les personnes placées en établissement de santé. Étant donné cette limitation et le fait qu'une grande partie des cas de diabète ne sont pas diagnostiqués, les taux de prévalence présentés ici représentent une sous-estimation du taux de prévalence réel du diabète. Le rapport technique intitulé *A Diabetes Profile of Atlantic Canada*[16] brosse un tableau plus complet du diabète au Canada atlantique. Certaines provinces sont en train de calculer des estimations plus précises fondées sur des bases de données administratives[17].

Sous-estimation de la prévalence du diabète

La *Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)* réalisée aux États-Unis donne à penser qu'environ 35 % à 44 % de cas de diabète ne sont pas diagnostiqués. Cette estimation brute ne reflète pas nécessairement la situation au Canada.

Prévalence du diabète

Le taux de prévalence du diabète observé au Canada atlantique est supérieur au taux national et en train d'augmenter lentement. En 1994-1995, 3,4 % des habitants du Canada atlantique qui ont participé à l'ENSP ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait posé chez eux le diagnostic de diabète. En 1996-1997, cette proportion était passée à 4 %. Ces deux chiffres sont légèrement plus élevés que ceux observés pour le Canada dans son ensemble; l'augmentation au cours du temps est également plus importante au Canada atlantique (figure 1).

La prévalence du diabète supérieure à la moyenne nationale observée au Canada atlantique semble tenir principalement aux taux plus élevés enregistrés en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve, soit 4,6 % dans les deux cas. Ces taux sont nettement plus élevés que ceux observés à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick et pour le Canada dans son ensemble (3,2 % dans les trois cas) (figure 2).

Diabète et sexe

Au Canada atlantique, les hommes sont un peu plus susceptibles que les femmes d'être atteints du diabète. Parmi les personnes chez lesquelles on a diagnostiqué la maladie, on compte 52 % d'hommes et 48 % de femmes.

Diabète et race

Étant donné la petite taille des échantillons, l'ENSP ne fournit que des estimations grossières, uniquement au niveau national, de la prévalence du diabète chez les Noirs et chez les Autochtones (vivant hors réserve). D'après cette enquête, la ventilation de la prévalence du diabète selon la race au niveau national correspond à 3,2 % de Blancs, 3,8 % de Noirs et 5,4 % d'Autochtones ne vivant pas dans les réserves. Les membres de la collectivité noire de Nouvelle-Écosse ont l'impression que le taux de personnes atteintes du diabète dans leur collectivité est fort élevé et il est manifeste qu'il faudrait entreprendre une étude en vue de confirmer ou d'infirmer cette perception[18].

La prévalence du diabète est forte chez les peuples autochtones. D'après l'Enquête auprès des Autochtones[19], la prévalence globale du diabète est environ trois fois plus forte chez les Autochtones que pour la population dans son ensemble. Au Canada atlantique, le taux estimatif est de 6,8 %. Contrairement à ce que l'on observe pour la population blanche, la plupart (environ les deux tiers) des Autochtones qui souffrent de diabète sont des femmes.

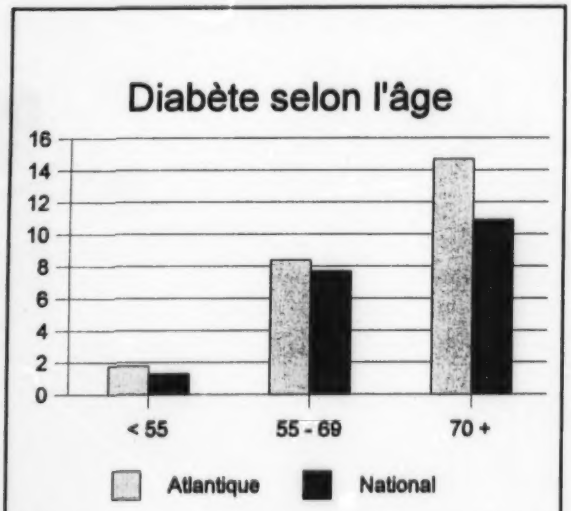


Figure 3 : Pourcentage de personnes atteintes du diabète selon le groupe, 1996-1997

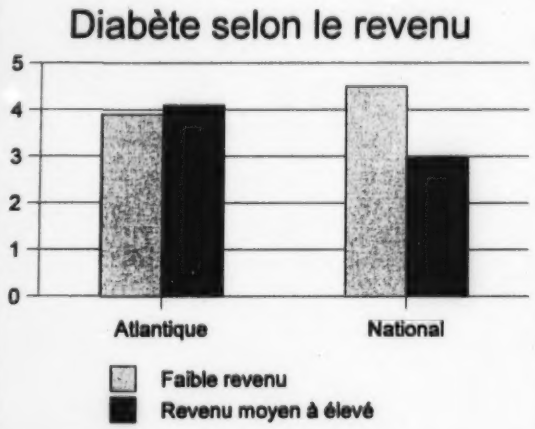


Figure 4 : Pourcentage de personnes atteintes du diabète selon la catégorie de revenu, 1996-1997

Diabète et âge

Comme il faut s'y attendre, la prévalence déclarée du diabète augmente avec l'âge. Alors que 2 % seulement des personnes de moins de 55 ans ont le diabète, la prévalence de la maladie augmente pour atteindre plus de 8 % chez celles de 55 à 69 ans et presque 15 % chez celles de 70 ans et plus. La proportion de personnes atteintes du diabète parmi le groupe des 70 ans et plus au Canada atlantique excède de 35 % le taux national (figure 3).

Pourtant, au Canada atlantique, la plupart des personnes atteintes du diabète *ne sont pas* des personnes âgées, parce que la population âgée ne représente qu'une petite fraction de l'ensemble de la population. Les deux tiers des habitants du Canada atlantique qui ont dit être atteints du diabète ont moins de 70 ans.

Au cours des trois prochaines décennies, à mesure que la population du Canada atlantique vieillira, la proportion de personnes âgées augmentera rapidement. D'ici à 2036, on s'attend à ce qu'un habitant de la région sur trois ait plus de 65 ans[20]. Toute chose étant égale par ailleurs, cette situation pourrait causer une augmentation spectaculaire du nombre de personnes atteintes du diabète.

Diabète et niveau de revenu

Au Canada atlantique, le diabète touche aussi bien les riches que les pauvres. Au niveau national, une plus forte proportion de personnes à faible revenu que de personnes classées dans les catégories plus élevées de revenu ont dit souffrir de diabète. Au Canada atlantique, la situation est différente. Dans cette région, la proportion de personnes à faible revenu qui ont dit faire du diabète est

inférieure à la moyenne nationale tandis que la proportion de personnes classées dans la catégorie de revenu plus élevé qui ont fait cette déclaration est supérieure à la moyenne nationale (figure 4).

Diabète et niveau de scolarité

Les personnes dont le niveau de scolarité est faible sont plus susceptibles que les autres d'être atteintes du diabète. Au niveau national, le taux déclaré de personnes atteintes du diabète est 1,9 fois plus élevé pour les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires que pour les autres. Au Canada atlantique, ce taux n'est que 1,4 fois plus élevé (figure 5). Cette situation tient au fait que la prévalence du diabète chez les personnes qui ont terminé leurs études secondaires est un peu plus forte dans la région de l'Atlantique qu'ailleurs au Canada.

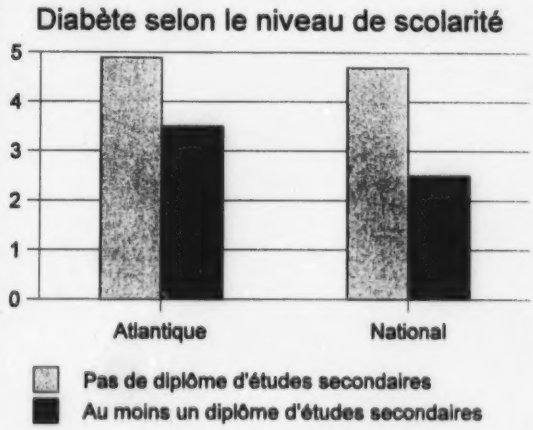


Figure 5 : Pourcentage de personnes atteintes du diabète, selon le niveau de scolarité, 1996-1997

Facteurs de risque de diabète

L'obésité et l'inactivité physique sont les deux facteurs de risque modifiables connus du diabète de type 2. Or, l'évaluation des habitants du Canada atlantique est médiocre dans l'un et l'autre de ces domaines.

Obésité

Le taux de prévalence de l'obésité est à la hausse au Canada et ailleurs dans le monde depuis 1985. Selon l'ENSP, la proportion d'adultes considérés comme étant obèses (indice de masse corporelle ≥27) est nettement plus forte au Canada atlantique que pour le Canada dans son ensemble. Presque 39 % d'habitants de la région de l'Atlantique qui ont participé à l'enquête étaient obèses comparativement à 29 % au niveau national.

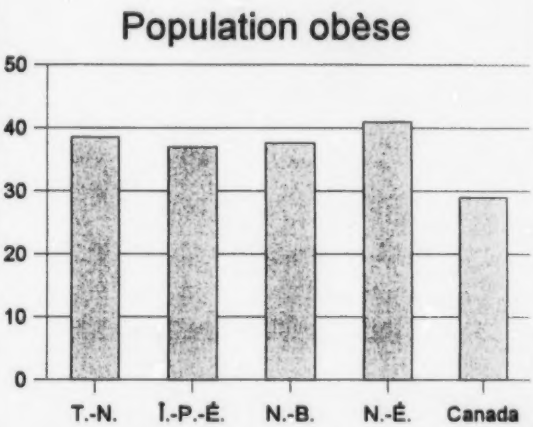


Figure 6 : Pourcentage de personnes obèses, selon la province, 1996-1997

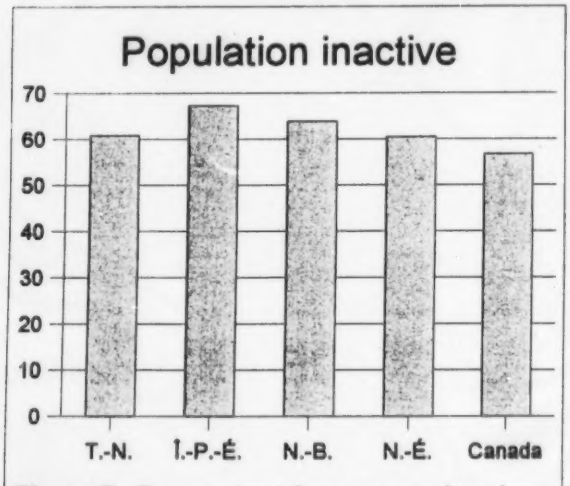


Figure 7 : Pourcentage de personnes inactives, selon la province, 1996-1997

Les taux les plus élevés s'observent principalement chez les jeunes adultes. Les jeunes hommes sont plus susceptibles d'être obèses que leurs homologues féminins. Cependant, ce sont les taux observés chez les jeunes femmes qui s'écartent le plus des chiffres nationaux.

Bien que l'on note certaines différences entre les quatre provinces atlantiques, pour chacune d'elles, la proportion de personnes qui ont participé à l'ENSP considérées comme étant obèses est supérieure au taux national : Nouvelle-Écosse (41 %), Terre-Neuve (38,5 %), Nouveau-Brunswick (37,6 %) et Île-du-Prince-Édouard (37 %) (figure 6).

Comme pour le diabète, la prévalence de l'obésité est forte au Canada atlantique indépendamment de la catégorie de revenu ou du niveau de scolarité.

Inactivité physique

Le taux d'inactivité est, lui aussi, plus élevé au Canada atlantique que pour l'ensemble du pays. Un peu plus de 62 % d'habitants de la région qui ont participé à l'ENSP ont été classés dans la catégorie des personnes inactives, d'après leur participation déclarée à des activités physiques récréatives et non liées au travail. Comparativement, la proportion est de 57 % au niveau national. Bien que le taux de personnes inactives le plus élevé soit celui observé pour l'Île-du-Prince-Édouard (67,3 %), les taux enregistrés pour chacune des quatre provinces atlantiques sont nettement supérieurs au taux national (figure 7).

Le Sondage indicateur de l'activité physique[21] est une enquête annuelle conçue pour estimer le niveau d'inactivité au Canada. D'après les données de 1998, le taux d'inactivité chez les adultes augmente d'ouest en est au Canada, Terre-Neuve (67 %), la Nouvelle-Écosse (69 %), le Nouveau-Brunswick (70 %) et l'Île-du-Prince-Édouard (73 %) affichant les niveaux les plus élevés.

Inversement, les enfants du Canada atlantique semblent être un peu *plus* actifs que leurs homologues des autres provinces. Selon le Sondage indicateur de l'activité physique de 1998, 57 % d'enfants de 5 à 17 ans de la région ont été jugés insuffisamment actifs. Bien que ce chiffre soit alarmant, il est plus faible que les 61 % observés pour l'échantillon national.

Sommaire de la prévalence du diabète et des facteurs de risque au Canada atlantique

- Presque quatre adultes sur dix sont obèses.
- Presque six personnes sur dix, adultes et enfants confondus, sont insuffisamment actives.
- La prévalence du diabète est plus forte dans la région de l'Atlantique qu'au Canada dans son ensemble et semble y augmenter plus rapidement. Cette situation tient principalement aux taux plus élevés observés pour la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve.
- Le taux de personnes atteintes du diabète chez les Autochtones du Canada atlantique est presque deux fois plus élevé que celui observé pour la population dans son ensemble.
- Bien que le taux de prévalence du diabète augmente avec l'âge, la plupart des personnes atteintes du diabète ne sont pas des personnes âgées.
- La prévalence du diabète chez les personnes âgées est beaucoup plus forte dans la région de l'Atlantique qu'au Canada dans son ensemble.
- Le diabète touche aussi bien les riches que les pauvres.
- Les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont plus susceptibles que les autres de souffrir de diabète.

Troisième section
ACTIVITÉS COURANTES DE PRÉVENTION

La Stratégie canadienne sur le diabète est une nouvelle initiative, mais des efforts en vue de réduire l'inactivité physique, l'obésité et le diabète sont déployés depuis de nombreuses années. En effet, ces problèmes ne sont pas nouveaux. Une stratégie en vue de prévenir le diabète peut s'appuyer sur les initiatives, l'infrastructure et les compétences qui existent déjà dans la région et les étoffer. La présente section donne les résultats d'une analyse de l'environnement couvrant les organismes provinciaux et régionaux qui s'efforcent à l'heure actuelle de prévenir le diabète, ainsi que les activités et les programmes auxquels ils recourent à cette fin. Elle décrit les activités courantes de prévention du diabète qui serviront de fondement à l'élaboration d'une stratégie de prévention à l'échelle de la population.

MÉTHODE D'ENQUÊTE

L'analyse de l'environnement s'appuie sur une enquête réalisée en mai et en juin 2000 au moyen d'un questionnaire à remplir soi-même envoyé aux organismes qui jouent un rôle important dans la prévention du diabète grâce à des activités destinées à augmenter l'activité physique et à améliorer la nutrition. Le questionnaire, produit en version française et anglaise, contenait des questions ouvertes et fermées. Il a permis de recueillir des renseignements descriptifs sur chaque initiative, ainsi que des renseignements sur les partenariats, les défis et les plans d'avenir.

Les critères qui ont été appliqués pour sélectionner les organismes observés sont les suivants[22] :

- L'organisme poursuit ses travaux dans des domaines qui contribuent directement à la prévention primaire du diabète de type 2.
- L'organisme a pour mission principale de lutter contre le diabète et de favoriser l'activité physique ou une alimentation et un poids sains.
- L'organisme est établi dans la région de l'Atlantique.
- L'organisme est un organisme sans but lucratif, un organisme gouvernemental ou un établissement universitaire.
- L'organisme a un mandat de portée provinciale ou participe à des activités régionales importantes.

- Les initiatives pertinentes peuvent inclure les éléments suivants :
  - programmes communautaires;
  - éducation;
  - ateliers;
  - travaux de recherche;
  - conférences et perfectionnement professionnel;
  - création de réseaux.

L'objectif était de sélectionner 60 organismes pour participer à l'enquête. Le processus de sélection a compté trois étapes.

- En premier lieu, on a demandé aux membres provinciaux du Comité de fournir les noms de personnes bien informées susceptibles de fournir, pour leur province, des renseignements concernant les trois domaines d'activité suivants : diabète, activité physique et nutrition.

- D'après les recommandations du Comité et d'autres sources, on a réalisé dans chaque province des interviews téléphoniques non structurées auprès d'au moins trois personnes bien informées, y compris au moins un spécialiste de chacun des trois domaines susmentionnés. En tout, 18 interviews ont eu lieu à cette étape. L'objectif de ces interviews était d'obtenir des pistes concernant les initiatives pertinentes et de prendre contact, dans chaque province, avec des personnes travaillant dans les trois domaines visés. Ces interviews ont produit une liste de 65 personnes-ressources répondant définitivement et 21, éventuellement, aux critères de participation à l'enquête.

- Toutes les personnes inscrites sur la liste définitive et un grand nombre de personnes figurant sur la liste éventuelle ont été invitées à participer à l'enquête. On s'est efforcé de communiquer avec chacune de ces personnes par téléphone. Dans les cas très rares où cela a été impossible, la communication a eu lieu par messagerie vocale, par télécopieur ou par courrier électronique. On a demandé aux personnes-ressources si leur organisme comptait des programmes ou des activités visant à prévenir l'inactivité physique, l'obésité ou le diabète et, le cas échéant, de les décrire. Puis, on leur a demandé si elles seraient prêtes à remplir un questionnaire demandant de décrire la ou les initiatives. La plupart ont accepté d'examiner le questionnaire et, éventuellement, de le remplir. Le questionnaire leur a été envoyé immédiatement par télécopieur ou par courrier électronique. Plusieurs ont donné les noms d'autres personnes à contacter en plus d'elles-mêmes ou à leur place. Dans certains cas, il a été décidé que l'initiative ne faisait pas partie du champ d'observation de l'enquête et le questionnaire n'a pas été envoyé. En tout, 59 questionnaires ont été envoyés. Le questionnaire n'a pas été envoyé à presque 30 personnes-ressources contactées.

Les personnes qui ont accepté de remplir le questionnaire ont été invitées à remplir un exemplaire pour chaque initiative qu'elles souhaitaient inclure dans l'enquête. Dans certains cas, les

personnes-ressources dont décidé de distribuer des exemplaires du questionnaire à des collègues des bureaux régionaux. La plupart des organismes ont fourni des renseignements sur une seule initiative, tandis que quelques-unes ont rempli le questionnaire pour jusqu'à huit initiatives différentes.

Défis posés par l'exécution de l'étude

Le principal défi qu'a pausé l'exécution de l'enquête a été de décider quelles initiatives satisfaisaient les critères de sélection. Certaines initiatives portant sur la nutrition prénatale, la prévention secondaire du diabète ou des déterminants plus généraux de la santé ont été difficiles à classifier. Dans plusieurs cas, les personnes-ressources désiraient participer au sondage, mais n'étaient pas certaines de la pertinence ou de l'importance de leur initiative. Le cas échéant, on a envoyé le questionnaire en donnant à la personne-ressource la liberté de le remplir ou non.

Le deuxième défi a consisté à exclure les activités locales. Dans chaque province, la plupart des efforts en vue de promouvoir une bonne alimentation et l'activité physique sont planifiés et déployés au niveau local, par les écoles, les hôpitaux communautaires, les services de santé publique et les services municipaux des loisirs. Étant donné la diversité des priorités et des intérêts locaux et personnels, ces programmes sont fort variés. Bien que l'effet global de ces programmes locaux et diversifiés soit important, on n'a pas essayé de les inclure tous dans l'enquête étant donné l'ampleur de la tâche. Néanmoins, certaines personnes-ressources provinciales ont transmis le questionnaire à leurs employés régionaux ou municipaux et leur ont demandé de le remplir.

Pour les deux raisons susmentionnées, les initiatives décrites dans les questionnaires qui ont été retournés ne satisfont pas toutes les critères énoncés au départ. Toutefois, chaque questionnaire reçu a fourni des renseignements précieux pour l'étude.

RÉPONSE À L'ENQUÊTE ET LIMITATIONS

Quarante-deux organismes ont participé à l'enquête et retourné un ou plusieurs questionnaires. En tout, 90 questionnaires dûment remplis ont été reçus. Parmi les personnes-ressources qui n'ont pas rempli le questionnaire, plusieurs ont décidé, après avoir examiné la demande et le questionnaire, que leurs travaux n'avaient pas vraiment de rapport avec la prévention primaire. Tous les organismes qui ont participé à l'enquête et les initiatives qu'ils ont décrites sont énumérés à l'annexe. Le tableau 1 donne la ventilation selon la province des prises de contacts, des questionnaires envoyés, des organismes qui ont répondu et des questionnaires retournés dûment remplis. La figure 8 illustre la répartition des réponses selon la province.

Les conclusions de l'analyse de l'environnement se fondent sur les renseignements recueillis grâce aux questionnaires et aux interviews. Une limitation importante de l'analyse tient au fait que les organismes actifs dans la région n'ont pas tous rempli le questionnaire et que le taux de réponse varie d'une province à l'autre. Parmi les organismes qui ont participé à l'enquête, certains ont fourni une foule de renseignements détaillés tandis que d'autres n'en ont produit que très peu. Bien qu'on n'ait pas obtenu de renseignements sur toutes les initiatives importantes, l'analyse brosse un tableau général des activités de prévention primaire dans la région.

Tableau 1 : Nombre de prises de contact et de réponses, selon la province ou la région (*Nota :* Les organismes comptant plusieurs initiatives ont rempli plus d'un questionnaire.)

	ATL	N.-B.	T.-N.	N.-É.	Î.-P.-É.	TOTAL
Organismes contactés	5	20	15	26	19	84
Organismes auxquels le questionnaire a été envoyé	3	14	12	18	12	59
Organismes qui ont répondu	2	10	6	15	9	42
Taux de réponse	67 %	71 %	50 %	83 %	75 %	71 %
Questionnaires reçus	2	19	13	40	16	90

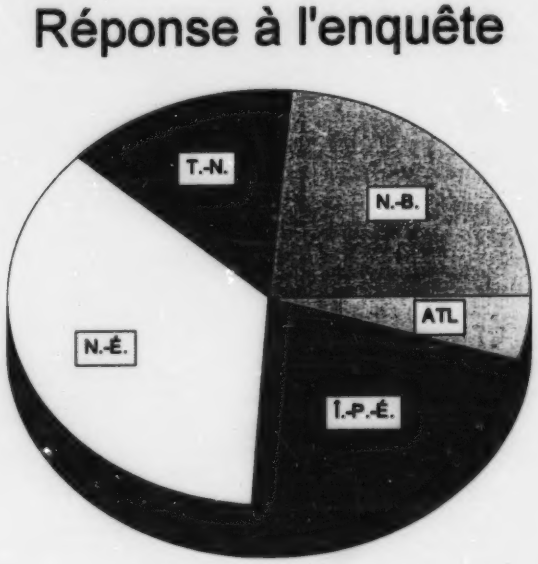


Figure 8 : Répartition des organismes qui ont participé à l'enquête, selon la province ou la région

Figure 9 : Chevauchement des objectifs qui contribuent à la prévention du diabète

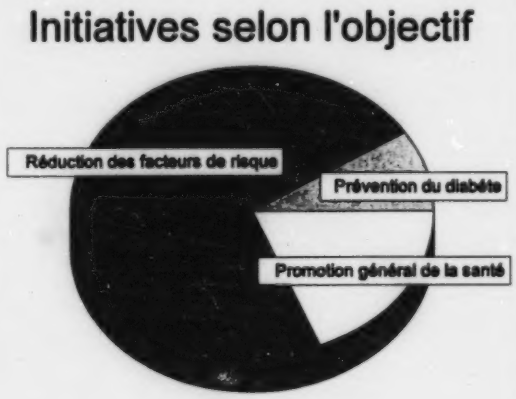


Figure 10: Répartition des initiatives relevées dans l'enquête, selon l'objectif

L'une des premières constatations importantes qui se dégage de cette analyse de l'environnement est qu'en fait, fort peu d'organismes ont mis en place des initiatives visant spécifiquement à prévenir le diabète. Par conséquent, on s'est efforcé de recenser toutes les initiatives importantes de lutte contre l'inactivité physique et (ou) l'obésité.

Les réponses recueillies lors des premiers contacts donnent à penser que, jusqu'à présent, peu d'attention a été accordée à la prévention du diabète. Les réponses de la plupart des personnes auxquelles on a demandé de décrire les initiatives de prévention du diabète se classent dans deux grandes catégories. Les personnes qui participent à l'heure actuelle à des activités concernant le diabète ont répondu aux questions sur leurs activités de prévention primaire en donnant des exemples d'initiatives secondaires et tertiaires visant à dépister la maladie ou à prévenir ses complications. Par ailleurs, les personnes dont les activités ne concernent pas le diabète ont eu tendance à fournir des renseignements détaillés sur des programmes favorisant la modification du comportement en réponse à divers problèmes de santé, comme l'usage du tabac, le stress ou l'allaitement maternel, ainsi que sur les programmes visant plus précisément à lutter contre l'inactivité physique et l'obésité.

Si l'étude a permis de recenser un grand nombre d'initiatives destinées à réduire ces deux facteurs de risque, elle a aussi fait découvrir plusieurs autres initiatives qui, selon les personnes qui les ont décrites, contribuent à réduire l'obésité et l'inactivité. Les résultats de

l'analyse décrivent un éventail d'objectifs qui se chevauchent et contribuent tous directement ou indirectement à la prévention du diabète. Ces objectifs sont illustrés à la figure 9.

La représentation de cet éventail a pour but d'illustrer non pas l'importance ni l'efficacité relative des objectifs, mais plutôt le lien entre eux et à montrer que les activités de prévention du diabète sont entreprises pour diverses raisons. Même si fort peu de programmes sont conçus pour prévenir le diabète, la prévention de celui-ci a lieu malgré tout. Alors que le but de la présente étude était de repérer et de décrire les organismes et les activités poursuivant les objectifs des deux cercles internes, nous avons aussi recueilli des renseignements sur d'autres initiatives correspondant aux objectifs inscrits dans le cercle externe. Ces initiatives sont des programmes conçus pour améliorer la santé et le bien-être au sens large, y compris des programmes destinés à favoriser le développement sain de l'enfant et des programmes de lutte contre le stress et le tabagisme.

Les données recueillies dans le cadre de l'enquête ont été analysées et classées en fonction de cet éventail d'objectifs. La figure 10 montre la proportion relative d'initiatives décrites qui correspondent à chacun des trois cercles concentriques.

Activités visant à prévenir le diabète

Les organismes qui se préoccupent spécifiquement du diabète sont les programmes provinciaux de soins aux personnes atteintes du diabète et les bureaux provinciaux de l'Association canadienne du diabète (ACD). Jusqu'à très récemment, l'ACD ne participait pas aux activités de prévention primaire; elle consacrait plutôt ses efforts à la prévention des complications du diabète (prévention tertiaire) et à la découverte d'une cure pour la maladie. L'ACD étend maintenant son rôle à la prévention primaire au niveau tant provincial que national et a lancé plusieurs initiatives qui en sont aux premières étapes de la planification. La liste inclut des programmes nationaux de sensibilisation du public et d'éducation sur les lieux de travail, une manifestation publique du genre foire commerciale, des messages sur les boîtes à lait et l'élargissement de la prévention grâce à des bénévoles des services communautaires d'approche.

En Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, les programmes provinciaux de soins aux personnes atteintes du diabète n'ont pas encore joué un rôle important dans la prévention primaire. Jusqu'à présent, leurs travaux consistaient à améliorer, à coordonner et à soutenir les services qui prodiguent des soins aux personnes atteintes du diabète. Cependant, leur rôle évolue; par exemple, en Nouvelle-Écosse, le *Diabetes Care Program of Nova Scotia* vient d'ajouter la prévention à son mandat général.

L'enquête n'a permis de déceler que six initiatives provinciales et(ou) régionales qui visent spécifiquement à prévenir le diabète et trois de celles-ci en sont encore au stade de la

planification. Une seule de ces six initiatives comprend un partenariat, avec un bailleur de fonds du secteur privé. Quatre de ces initiatives, qui sont le fruit des travaux des bureaux provinciaux de l'Association canadienne du diabète, comprennent l'insertion d'information sur la prévention dans des affiches et des exposés éducatifs sur le diabète. Cette information, qui vise les adultes, les personnes âgées et le grand public, est fournie principalement à de petits groupes sur demande. Une autre initiative, prévue pour l'automne 2000 par la Health and Community Services Eastern Region de Terre-Neuve, est un programme éducatif sur la prévention du diabète dont les groupes cibles sont les personnes âgées et les femmes. À l'Île-du-Prince-Édouard, le budget provincial pour l'année courante comprend le financement de la prévention primaire du diabète dans quatre régions socio-sanitaires.

Activités visant à réduire les facteurs de risque de diabète

Alors que quelques organismes se consacrent à la prévention pure et simple du diabète, beaucoup lancent des initiatives de lutte contre l'inactivité physique et l'obésité et d'amélioration de la nutrition, celle-ci étant le déterminant principal de l'obésité. Ces efforts représentent les deux tiers des initiatives mentionnées durant l'enquête. De celles-ci, la moitié visent à promouvoir l'activité physique; les autres se répartissent de façon égale entre des projets visant à améliorer la nutrition ou à atteindre les deux objectifs en même temps. Cette dernière catégorie comprend quelques initiatives conçues spécialement pour réduire l'obésité. La répartition relative des initiatives provinciales et régionales incluses dans l'analyse de l'environnement entre les trois catégories susmentionnées est présentée à la figure 11.

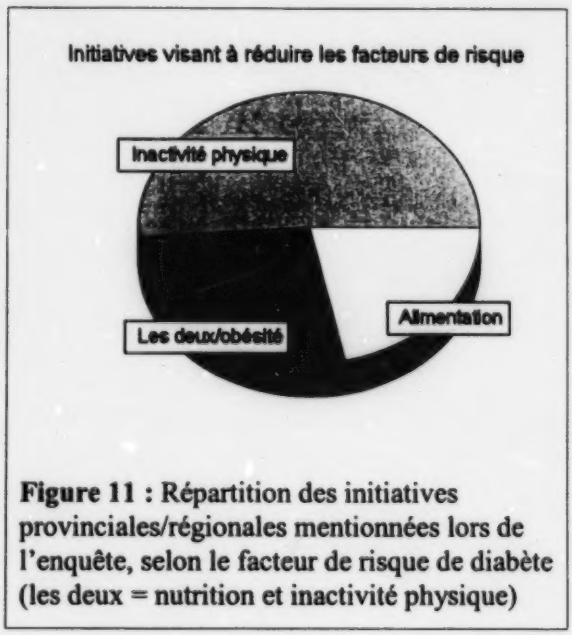


Figure 11 : Répartition des initiatives provinciales/régionales mentionnées lors de l'enquête, selon le facteur de risque de diabète (les deux = nutrition et inactivité physique)

Les trois secteurs principalement responsables de la prévention de l'inactivité physique et de l'obésité sont ceux *des loisirs, de la santé* et *des organismes sans but lucratif de bienfaisance dans le domaine de la santé*. Par conséquent, les organismes appartenant à ces trois secteurs sont responsables, en collaboration avec de nombreux autres secteurs, de la plupart des activités de prévention primaire du diabète dans la région.

Le secteur de la condition physique et des loisirs joue un rôle central dans la prévention primaire du diabète, même si cette dernière n'est pas son objectif principal. Lors de l'enquête, les organismes de ce secteur sont ceux qui ont été mentionnés le plus souvent par d'autres à titre de partenaires dans les

projets de prévention primaire. En tout 17 organismes qui se consacrent aux loisirs ont soit participé à l'enquête ou été nommés à titre de partenaires. Les acteurs principaux sont les ministères provinciaux responsables de la condition physique et des loisirs. Dans chaque province, ces ministères ont lancé à l'échelle provinciale des partenariats multisectoriels en vue de relever le défi national consistant à réduire l'inactivité physique de 10 %. Au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve et en Nouvelle-Écosse, des partenariats sont également établis pour promouvoir l'activité physique chez les personnes handicapées, dans le cadre de l'Alliance de vie active pour les Canadiens/Canadiennes ayant un handicap. Les services municipaux des loisirs sont mentionnés comme d'importants partenaires pour les initiatives régionales de prévention primaire et pour la mise en œuvre des initiatives nationales et provinciales.

Le secteur de la santé lance aussi de nombreuses initiatives en vue de réduire l'inactivité et l'obésité, mais on note quelques différences importantes. Dans ce secteur, comparativement à celui des loisirs, les initiatives visent plus souvent les particuliers et de petits groupes que des populations entières, les initiatives de portée provinciale et les partenariats sont moins nombreux et moins d'attention est accordée aux facteurs environnementaux.

Sous l'angle de la population dans son ensemble, les acteurs importants dans le domaine de la réduction de l'inactivité physique et de l'obésité sont les partenariats Cœur en santé/Heart Health et quelques projets régionaux indépendants de promotion de la santé qui ont été mis sur pied dans chaque province. À Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, les projets Cœur en santé s'appuient sur des partenariats multisectoriels en vue d'augmenter la capacité de promouvoir la nutrition, l'activité physique et le maintien d'un poids sain. De nouveau, bien que l'objectif de ces projets ne soit pas de prévenir le diabète, dans chaque cas, on a mis en place une infrastructure qui permet tout simplement de le faire.

Suit la description de quelques initiatives régionales importantes de promotion de la santé qui contribuent à réduire l'inactivité physique et l'obésité.

- La Corporation hospitalière de la Région 3 du Nouveau-Brunswick a mis sur pied plusieurs programmes communautaires visant à promouvoir le bien-être et un poids-santé chez les femmes, les personnes âgées et dans les collectivités en général, ainsi qu'à coordonner le système de dépistage et de traitement du diabète.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, la région sanitaire d'East Prince a recruté un coordonnateur des services de bien-être et une diététicienne communautaire. Les initiatives comprennent des journées consacrées au bien-être dans la collectivité et au lieu de travail.
- Le Cap-Breton Wellness Centre facilite les partenariats et les activités collectives en vue de promouvoir la santé communautaire, la bonne condition physique et la vie active au Cap-Breton grâce à une stratégie de développement communautaire.
- *Children Speaking Up* est un projet des services de santé publique de la région du Nord de la Nouvelle-Écosse financé par l'administration fédérale. Cet effort collectif des services de

santé et des commissions scolaires a pour but d'examiner les habitudes alimentaires, l'activité physique et les habitudes d'hygiène dentaire des enfants en âge de scolarité.

La Fondation canadienne des maladies du cœur et la Société canadienne du cancer jouent aussi un rôle important dans la réduction de l'inactivité et de l'obésité. Les organismes les plus actifs sont les fondations provinciales des maladies du cœur qui ont été nommées à titre de partenaires par un grand nombre d'organismes. En plus de participer aux activités collectives, les fondations offrent divers programmes et ressources destinés à promouvoir la nutrition, l'activité physique et un poids sain, y compris *Workplace Wellness*, *Heart Smart Cooking*, *Hearts in Motion*, *Family Fun Pack*, le *Heart Smart Restaurant Program* et un site Web d'information générale sur la prévention. Les initiatives de la Société canadienne du cancer comprennent du matériel didactique sur la nutrition visant les élèves de la première à la troisième année et un programme de trois ans en vue de favoriser une plus grande consommation de fruits et de légumes.

Initiatives visant à réduire l'obésité

Quatorze initiatives de portée provinciale ou régionale en vue de réduire l'obésité (ou d'améliorer la nutrition et d'augmenter l'activité physique) ont été dénombrées d'après l'enquête. Ces initiatives, qui sont entreprises par les administrations publiques, les organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé, les universités et le secteur privé, rentrent dans l'une des catégories suivantes :

- matériel didactique, comme des imprimés, des sites Web ou le bureau des conférenciers;
- programmes généraux de développement communautaire faisant intervenir plusieurs secteurs et s'appuyant sur plusieurs stratégies;
- services d'évaluation du risque individuel et de counseling;
- programmes axés sur le mode de vie s'adressant à de petits groupes pour les femmes préoccupées par leur poids.

Deux de ces initiatives, de portée provinciale, visent spécifiquement le maintien d'un poids-santé.

- En mai 2000, *Cancer Care Nova Scotia* et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse ont parrainé collectivement un atelier d'un jour sur les problèmes courants que pose le maintien d'un poids-santé chez les habitants de la Nouvelle-Écosse et sur les avantages, les défis et les possibilités de collaboration. À la suite de cet atelier, le Ministère a formé un groupe de travail chargé d'élaborer un processus collaboratif de portée provinciale en vue d'aborder la question du maintien d'un poids-santé.

- En mai 1995, le ministère de la Santé de Terre-Neuve a financé la production d'un document de travail sur les poids favorables à la santé intitulé *Achieving Healthy Weights Discussion Paper*[23], en vue d'établir un fondement rationnel pour la prise de mesures coordonnées. En réponse au document, le Ministère a produit de la documentation sous le titre *Healthy Eating,*

Active Living, Diets Don't Work afin de communiquer un message cohérent partout dans la province.

Les 14 initiatives en vue de réduire l'obésité ont pour cible diverses populations, y compris les adultes, les personnes âgées, les enfants et les femmes; seules deux d'entre elles s'adressent à l'ensemble de la population. En plus de s'intéresser à la nutrition, au poids et à l'inactivité physique, la plupart de ces initiatives s'efforcent de favoriser un mode de vie propice à la santé, y compris la réduction du tabagisme. Quelques-unes portent aussi sur le stress et un large éventail d'autres problèmes personnels liés à la santé. En outre, environ la moitié de ces initiatives couvrent au moins deux facteurs environnementaux. Les facteurs environnementaux les plus souvent visés sont le milieu physique, le milieu social et les réseaux de soutien social. Quatre initiatives comptent une composante de recherche et six ont évalué les données recueillies en vue de montrer que leurs efforts portent fruit ou prévoient le faire.

Presque la moitié des 14 initiatives destinées à réduire l'obésité sont des partenariats et trois d'entre elles, des projets plurisectoriels, c.-à-d. faisant intervenir au moins trois secteurs. Dans tous les cas, la plupart des partenaires participent à des réunions régulières, offrent un encadrement et fournissent des ressources. Dans deux cas seulement, les partenaires participent au projet en dehors des réunions collectives.

Initiatives en vue de réduire l'inactivité physique

Vingt-six initiatives de portée provinciale ou régionale en vue de réduire l'inactivité physique ont été relevées grâce à l'enquête. La plupart ont été mises en place par les ministères chargés des loisirs ou par des associations provinciales consacrées aux loisirs. Ces initiatives se classent dans les catégories suivantes :

- partenariats plurisectoriels en vue de réduire l'inactivité physique (dans la population dans son ensemble, chez les personnes handicapées, les enfants et les jeunes);
- programmes et ressources en vue d'augmenter la capacité de promouvoir l'activité physique, comme des ateliers, des programmes de financement, des bandes vidéo, des trousses de marketing et des programmes de formation d'animateurs;
- initiatives visant à promouvoir les ressources et les programmes mis au point à l'échelle nationale, comme étéACTIF et le Guide de l'activité physique;
- initiatives destinées à créer et à promouvoir des installations de loisirs, comme des sentiers de promenade, des pistes cyclables, des patinoires et des piscines;
- clubs de randonnée.

La plupart s'adressent au grand public, mais les enfants et les adolescents représentent une population cible secondaire importante. Quelques initiatives visent tout spécialement les personnes âgées et (ou) les adultes. Trois s'adressent aux personnes handicapées ou à celles qui s'occupent d'elles.

Bien que le but principal de toutes ces initiatives soit de réduire l'inactivité physique, environ le tiers s'intéressent aussi à la nutrition et au contrôle du poids, et le quart, à la lutte contre le tabagisme. En plus des facteurs comportementaux, la plupart essaient aussi d'améliorer le milieu physique, le milieu social et les réseaux de soutien social.

Ces 26 initiatives s'appuient, pour la plupart, sur une stratégie d'éducation du public et d'augmentation de la capacité d'action communautaire. En outre, presque la moitié organisent des interventions en vue d'influer sur les politiques gouvernementales. Huit initiatives comprennent un volet de recherche et dix comportent ou prévoient comporter un volet d'évaluation des résultats des activités.

La plupart des initiatives de lutte contre l'inactivité physique sont des partenariats, dont neuf intersectoriels. Dans la plupart des cas, la majorité des partenaires participent à des réunions régulières et offrent un encadrement, fournissent des ressources et travaillent au projet entre les réunions.

Initiatives en vue d'améliorer la nutrition

Onze initiatives provinciales ou régionales en vue d'améliorer la nutrition ont été relevées grâce à l'enquête. La plupart ont été lancées par les ministères de la Santé (provinciaux ou régionaux) ou des organismes de bienfaisance du domaine de la santé et recourent à une gamme variée de stratégies, allant du counseling diététique et des séances d'éducation à des sites Web, des cours de cuisine et du matériel pédagogique pour les écoles.

La plupart des initiatives en vue d'améliorer la nutrition s'adressent au grand public. Quelques-unes visent spécifiquement les enfants et les adolescents. Environ la moitié visent aussi à promouvoir l'activité physique et un mode de vie favorable à la santé ou l'amaigrissement. Un très petit nombre seulement portent sur plus d'un facteur environnemental. Celui abordé le plus couramment est la création de réseaux de soutien social.

Ces onze initiatives s'appuient principalement sur une stratégie d'éducation du public pour promouvoir la nutrition. Deux d'entre elles comportent un volet de recherche et trois prévoient procéder à l'évaluation des résultats de leurs activités. Quatre sont des partenariats, dont l'un intersectoriel.

Activités visant à améliorer l'état de santé et le bien-être

Douze initiatives provinciales ou régionales de promotion générale de la santé et du bien-être ont également été relevées grâce à l'enquête. Comme celle-ci ne visait pas à recenser les projets de cette catégorie, les 12 initiatives, qui correspondent au cercle extérieur de la figure 12, ne fournissent qu'un tableau très incomplet de ce genre d'activités dans la région de l'Atlantique.

Cependant, elles donnent une idée des initiatives plus générales d'amélioration de la santé qui pourraient représenter un élément important de la prévention du diabète.

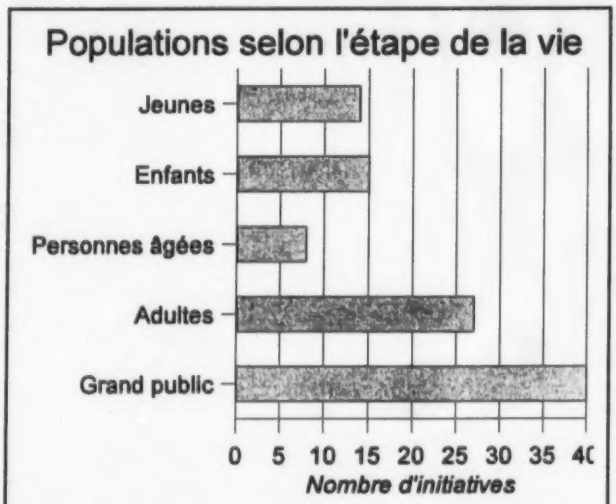


Figure 12 : Populations visées par les initiatives décrites dans l'enquête, selon l'étape de la vie

Toutes sauf une sont des initiatives gouvernementales et plus de la moitié ont pour objectif le développement sain de l'enfant, y compris des programmes de soins prénatals, une stratégie provinciale d'allaitement, un programme d'intervention visant la petite enfance, un programme d'alimentation en milieu scolaire et une stratégie régionale en vue d'accroître le ressort des enfants et des adolescents. On dénombre aussi des groupes de travail en santé communautaire, un programme de bien-être en milieu de travail, une ligne directe d'information sur le cancer et des programmes de lutte contre le tabagisme.

Bien que la moitié seulement visent l'activité physique et la nutrition, ces initiatives sont plus susceptibles que les autres de se préoccuper de facteurs environnementaux plus généraux : la plupart s'intéressent aux réseaux de soutien social et à la situation socioéconomique. La plupart de ces initiatives en matière de santé sont des partenariats, dont six intersectoriels. Cependant, dans la moitié des cas seulement les partenaires assistent à des réunions, participent aux travaux ou fournissent des ressources.

Initiatives visant des populations particulières

Nettement plus du tiers des initiatives recensées grâce à l'enquête s'adressent au grand public et un nombre un peu plus faible, aux adultes. Toutefois, certaines visent des populations plus précises. La figure 12 montre les étapes de la vie visées par les initiatives recensées.

Enfants et adolescents

Quatorze initiatives visent les enfants et 13, les adolescents. Celles qui visent les enfants comprennent des programmes d'intervention au stade de la prime enfance, des programmes d'alimentation en milieu scolaire et des initiatives en vue de promouvoir l'activité physique chez les enfants. La plupart des initiatives qui visent les adolescents favorisent l'activité physique;

d'autres se concentrent sur la formation d'animateurs, sur les jeunes à risque ou sur l'intégration des jeunes handicapés. Six des initiatives susmentionnées visent à la fois les enfants et les adolescents, et toutes sauf une ont été mises sur pied en Nouvelle-Écosse.

Les enfants et les adolescents sont la population cible principale du programme *Physically Active Children and Youth (PACY)*, partenariat lancé par la Commission des sports et des loisirs de la Nouvelle-Écosse pour réduire l'inactivité physique. On est en train d'exécuter, dans le cadre de ce partenariat, un projet pilote en vue de mesurer le niveau d'activité physique des enfants et des adolescents et, dès que les données repères seront produites, on élaborera et mettra en œuvre des stratégies en vue de réduire l'inactivité.

Les enfants et les adolescents sont également la population cible principale du projet *Sharing Strengths: A Child and Youth Health Strategy* (un projet du *Western Regional Health Board* de la Nouvelle-Écosse) et du projet *Collaborative Action for Healthy Weights* (lancé par *Cancer Care Nova Scotia* et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse). Une autre initiative, *Activities that Work,* est un rapport de la Fondation des maladies du cœur de la Nouvelle-Écosse qui paraîtra bientôt et résumera les caractéristiques des programmes fructueux qui visent à promouvoir un mode de vie propice à la santé chez les enfants et les adolescents.

Personnes âgées

Huit initiatives, la plupart entreprises au Nouveau-Brunswick, s'adressent tout spécialement aux personnes âgées. Les programmes comprennent des clubs de randonnée, des séances de groupe et des services d'évaluation individuelle, d'aiguillage et de counseling. Les personnes âgées sont également un groupe cible important de l'Alliance de vie active pour les Canadiens/Canadiennes ayant un handicap, un organisme national qui a formé des groupes de travail dans trois provinces atlantiques. Au Nouveau-Brunswick, le Programme de vie active et saine pour les aînés est un programme bilingue de portée provinciale, axé sur les collectivités, conçu et exécuté par les aînés. Grâce à l'éducation concernant la santé, l'encouragement à se prendre en charge et la prévention, le programme aide les personnes âgées à améliorer la qualité de leur vie. À Terre-Neuve, le ministère de la Santé et des Services communautaires, région de l'Est, a planifié un programme qui s'adressera aux personnes âgées et aux femmes. Des activités de formation de groupe porteront sur la prévention du diabète chez chacun de ces groupes et un suivi individuel en vue de surveiller le poids, la tension artérielle et la glycémie sera offert, au besoin.

Femmes

Cinq initiatives seulement visent spécialement les femmes et la plupart ont trait aux soins prénatals et à l'allaitement de l'enfant. Une initiative, intitulé *Healthy Weight/Scales Are for Fish* est offerte par la Région 3 au Nouveau-Brunswick. Ce programme, mis au point en Ontario, aide les femmes à briser le cycle des régimes amaigrissants en explorant l'image corporelle et en renforçant une gamme variée de compétences en vue d'augmenter la confiance en soi.

Personnes handicapées

Dans trois provinces, l'Alliance de vie active pour les Canadiens/Canadiennes ayant un handicap a formé des groupes de travail en vue de promouvoir l'activité physique chez les personnes handicapées. Le groupe de Terre-Neuve représente principalement un moyen de créer un réseau d'organismes qui s'intéressent aux loisirs et aux personnes handicapées pour leur permettre de communiquer entre eux. Au Nouveau-Brunswick, l'Alliance a été mise en place en vue d'échanger des renseignements, d'offrir une formation, de mobiliser les collectivités et d'augmente. leur capacité d'action. En Nouvelle-Écosse, l'Alliance, par l'entremise de Recreation Nova Scotia, a organisé un atelier provincial sur l'intégration et produit une bande vidéo éducative et un guide de l'animateur sur l'intégration des jeunes handicapés. À l'heure actuelle, les responsables évaluent l'accès aux activités éventuelles de loisirs dans la province et produisent une deuxième bande vidéo, qui s'adresse aussi aux personnes âgées.

Employés

Sept initiatives s'adressent aux employés à leur lieu de travail. Les lieux de travail sont l'un des quatre emplacements de l'initiative de l'Île-du-Prince-Édouard en vue de réduire l'inactivité physique. Les *Wellness Days*, c'est-à-dire les journées consacrées au bien-être, une autre initiative de l'Île-du-Prince-Édouard, sont organisées annuellement à l'intention des employés de la région sanitaire d'East Prince et comportent des séances d'information sur une nutrition saine, d'activité physique, de tai chi, de yoga, de randonnée, de réflexologie, d'information sur les moyens d'équilibrer les obligations professionnelles et familiales et une variété de sujets liés à la gestion du stress. *Wellness in the Workplace* est une initiative de la Division des loisirs et des sports de Terre-Neuve qui offre des consultations sur les lieux de travail. L'une de ces initiatives en milieu de travail est la *Wellness Initiative* du gouvernement provincial, initiative provinciale importante conçue pour promouvoir le bien-être et tous les aspects d'un mode de vie favorisant la santé auprès de 10 000 à15 000 fonctionnaires.

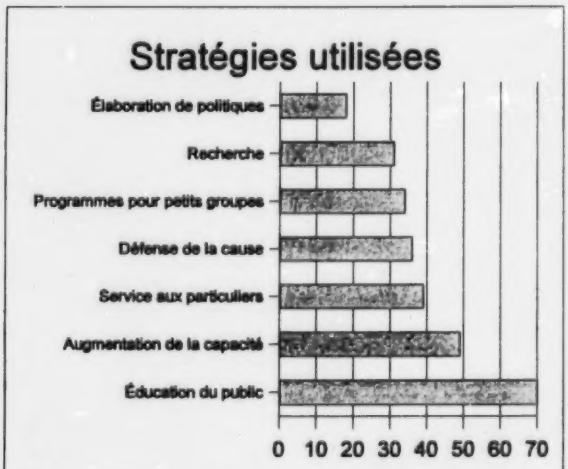


Figure 13 : Pourcentage d'initiatives recensées lors de l'enquête qui utilisent chaque stratégie

En Nouvelle-Écosse, l'*Atlantic Health and Wellness Institute (AHWI)* offre des programmes complets de réadaptation cardiaque et pulmonaire à des groupes d'employés contre versement d'honoraires. Le *Project Impact* de l'AHWI est une étude visant à promouvoir la santé des employés. L'Institut concentre surtout ses activités dans la région d'Halifax, mais a l'intention de les étendre à l'ensemble du Canada atlantique.

La Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick et les associations provinciales de l'Association canadienne du diabète donnent des exposés en milieu de travail à la demande de groupes particuliers.

Stratégies utilisées pour amener le changement

Les initiatives mentionnées lors de l'enquête s'appuient sur diverses stratégies pour essayer d'amener le changement. Un peu plus de la moitié se fondent principalement sur l'amélioration des connaissances et des compétences individuelles, tandis que les autres recourent aussi à des méthodes plus générales. L'éducation du public est la stratégie utilisée le plus fréquemment (70 %). D'autres sont moins répandues, comme l'augmentation de la capacité d'action communautaire (49 %), les services aux particuliers (39 %), les activités de promotion et de défense de la cause (36 %), les programmes visant de petits groupes (34 %), la recherche (31 %) et l'élaboration de politiques (18 %). (Figure 13)

Parmi les organismes qui ont participé à l'enquête, le *Nova Scotia Heart Health Partnership* est unique en ce sens que sa stratégie principale consiste à augmenter la capacité organisationnelle de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. En suivant cette stratégie, le partenariat augmente la capacité qu'ont de nombreux organismes et groupes de planifier, de mettre sur pied et de soutenir des interventions de promotion de la santé et de prévention de la maladie qui s'appuient sur toutes les stratégies susmentionnées.

Il est intéressant de constater que presque le tiers des initiatives mentionnées lors de l'enquête contiennent un élément de recherche. Ce groupe comprend :

- des initiatives de portée provinciale lancées par les gouvernements provinciaux, comme *An Active Healthy Province by 2003* (Î.-P.-É.), *Collaborative Action for Healthy Weights* (N.-É.), Initiative pour la petite enfance (N.-B.) et *Wellness in the Workplace* (T.-N.);
- des projets pilotes ou de démonstration locaux ou régionaux étroitement associés à une université, tels que l'*Active Transportation Pilot* (N.-É.), le programme Cœur en Santé (N.-B.) et *Healthy Communities in Action* (Î.-P.-É.);
- des travaux de recherche universitaires réalisés par des étudiants de deuxième et troisième cycles, comme une étude sur la prévalence et sur l'incidence du diabète au Nouveau-Brunswick (Université de Moncton) et l'étude en vue de comparer le programme du Guide d'activité physique canadien et le Digi-walker Step Counter Program (Université Dalhousie).

Quelques initiatives seulement, lancées par des ministères provinciaux, englobent l'élaboration de politiques. La plupart de ces activités ont trait à la promotion de l'activité physique, tandis que les autres sont en rapport avec les problèmes de nutrition, tels que les soins prénataux, l'allaitement maternel et la nutrition en milieu scolaire. En outre, un nombre deux fois plus élevé de projets s'efforcent d'influer sur l'élaboration des politiques gouvernementales en exerçant des pressions.

Cette méthode est utilisée dans le cas d'une grande variété d'initiatives par tous les secteurs, y compris les administrations publiques.

Selon l'enquête, les activités de la plupart des initiatives mentionnées couvrent un ou plusieurs facteurs environnementaux qui influent sur la santé. Le milieu social, les réseaux de soutien social et le milieu physique sont les facteurs environnementaux les plus fréquemment examinés, tandis que le revenu et la situation sociale, l'emploi et les conditions de travail, le sexe et la culture sont le point de concentration d'un beaucoup plus petit nombre d'initiatives. Toujours selon l'enquête, 13 seulement n'abordent aucun de ces facteurs environnementaux. Cependant, il est manifeste, vu la variété de réponses à la question sur les facteurs environnementaux, que la signification accordée au mot « aborder » varie selon le répondant, allant de « parler de » à « tenir compte de » et à « essayer d'apporter un changement ».

En tout, douze initiatives abordent au moins cinq facteurs environnementaux. Il s'agit principalement de programmes généraux de promotion de la santé qui se fondent sur une stratégie de développement communautaire visant les personnes âgées, les enfants et la population dans son ensemble. Cependant, les responsables de certains programmes de bien-être en milieu de travail ont également indiqué qu'ils abordaient la plupart des facteurs environnementaux.

Capacité d'établir des partenariats et collaboration intersectorielle

Les réponses à la question sur les partenariats donnent à penser que la signification accordée au mot « partenariat » n'est pas universelle non plus. Les formes de partenariats décrites varient d'une collaboration officielle entre organismes à la formation d'un groupe consultatif, en passant par un groupe de travail au sein d'une organisation ou des liens de financement. Un peu plus de la moitié des initiatives mentionnées dans le sondage sont réalisées dans le contexte d'une forme ou l'autre de partenariat avec d'autres organismes. Pourtant, dans l'ensemble, 18 partenariats seulement (20 %) couvraient plus de deux secteurs.

Dans chaque province, on constate l'existence de quelques partenariats intersectoriels dynamiques formés pour s'occuper de la prévention de l'inactivité ou de l'obésité. Cependant, la situation financière de ces partenariats est assez précaire. Tandis que les plus anciens ont presque épuisé leur budget et voient leur avenir menacé, ceux qui ont été formés récemment n'ont pas encore réussi à obtenir les fonds nécessaires pour mettre leurs stratégies en œuvre.

La capacité de former des partenariats semble être plus grande, dans l'ensemble, parmi les organismes voués à la promotion de l'activité physique. Fait intéressant, on ne constate que peu de recoupements entre les secteurs de la santé et des loisirs, 14 initiatives seulement s'appuyant sur un partenariat entre ces deux secteurs. En général, la plupart des partenaires participent à des réunions régulières et contribuent financièrement ou en nature au projet. Les partenaires ne

travaillent aussi au projet en dehors des réunions de partenariat que dans la moitié des cas seulement.

Bien que la plupart des partenaires soient des organismes gouvernementaux et des organismes sans but lucratif des secteurs de la santé et des loisirs, d'autres sont des organismes du secteur de l'éducation ou du secteur privé, des associations professionnelles, des municipalités, des organismes de développement économique ou des organismes du secteur de la justice pénale.

Éducation/universités : Dans le cas de treize initiatives, le secteur de l'éducation a été mentionné comme partenaire, y compris les ministères provinciaux de l'Éducation, les commissions scolaires, les associations résidentielles et les associations scolaires, les enseignants et les conseillers en orientation. Dans le cas de cinq initiatives, les partenaires étaient des établissements universitaires, à savoir Acadia University, le College of the North Atlantic, Dalhousie University, Memorial University et St. Francis Xavier University.

Sociétés privées : Seulement trois des initiatives consacrées à la nutrition (indépendante ou faisant partie d'une stratégie globale de mode de vie) sont menées en partenariat avec l'industrie alimentaire. Les partenaires sont des associations de producteurs laitiers, des marchands de produits alimentaires et des restaurants. En tout, six initiatives ont pour partenaires des sociétés privées. Il s'agit, dans la plupart des cas, de partenaires financiers, y compris des entreprises spécialisées dans la vente d'essence, de téléphones, d'équipement de randonnée, d'aliments et de boissons, d'assurances-maladie et de produits pharmaceutiques.

Environnement : Dans le cas de trois initiatives, les partenaires qui ont été mentionnés sont des organismes environnementaux, y compris l'*Atlantic Coastal Action Program*, la *Clean Nova Scotia Foundation* et le *Community Animation Program*.

Associations professionnelles : Les associations professionnelles des diététiciens, des conseillers en économie domestique, des travailleurs du secteur des loisirs, des infirmiers et infirmières et des médecins ont été nommées à titre de partenaires pour deux initiatives de prévention.

Prévention primaire : défis et obstacles

Selon les participants à l'enquête, le plus grand obstacle à la prévention primaire du diabète est le manque de ressources, tant humaines que financières. Quelques-uns attribuent l'insuffisance des ressources au manque d'engagement organisationnel/politique à l'égard de la prévention primaire. En Nouvelle-Écosse, les participants à l'enquête estiment que la prévention primaire n'est pas une priorité des conseils de santé régionaux qui se concentrent plutôt sur les compressions budgétaires visant les soins de courte durée.

En ce qui concerne les ressources, le manque de ressources humaines est le défi le plus fréquemment mentionné, le manque de fonds venant juste après. Les répondants ont dit qu'ils n'avaient pas ni le temps, ni les employés ni les bénévoles nécessaires pour s'occuper de façon adéquate de prévention primaire. Ils ont souligné que les projets de développement communautaire et les partenariats qu'il faut mettre sur pied pour aboutir à la prévention primaire demandent du temps et que les résultats se manifestent lentement. Plusieurs mentionnent qu'ils se fient à des bénévoles pour accomplir le travail, mais qu'ils n'ont pas suffisamment de temps ni de ressources pour les recruter, les former et leur offrir un soutien. Faire appel à des bénévoles pour arriver à ce que les choses se fassent est perçu comme un défi en soi par quelques organismes.

Dans le cas de beaucoup d'initiatives, le financement accordé à la prévention primaire est insuffisant et non fiable. Certains répondants indiquent qu'ils recherchent à l'heure actuelle des fonds pour assurer la survie du projet ou pour l'étendre au-delà de l'étape pilote. D'autres déclarent ne pas avoir les ressources pour promouvoir convenablement leurs programmes. Plusieurs expriment leur frustration pour le manque de financement permanent de la promotion de la santé, ce qui les oblige à redéfinir leurs activités de promotion de la santé en fonction de la prévention d'une maladie particulière afin d'obtenir des fonds. Les autres effets de l'insuffisance du financement qui ont été mentionnés sont les suivants :

- stress annuel, incertitude et perte de l'élan au moment du budget;
- incapacité de former adéquatement les employés et les bénévoles;
- incapacité d'évaluer les programmes;
- accès aux programmes réservés uniquement aux personnes qui sont prêtes à payer pour les services et sont capables de le faire.

Deux autres défis que pose la prévention primaire ont été mentionnés beaucoup moins fréquemment, mais sont néanmoins importants. Plusieurs répondants dont les activités portent sur le contrôle du poids et la nutrition disent qu'il est nécessaire d'adopter une approche mieux coordonnée et plus stratégique pour aborder ce problème. Selon eux, le domaine de la nutrition est vaste et les problèmes sont nettement trop nombreux pour qu'on tente de les

Défis que pose la prévention primaire

Défi principal

Manque de ressources

- Manque de ressources humaines : temps des employés et bénévoles compétents.
- Financement insuffisant et peu fiable.

Défis auxiliaires

Connaissances et compétences insuffisantes pour promouvoir la santé de la population.

Absence d'une action stratégique concertée de lutte contre l'obésité.

résoudre coup par coup. Ils estiment que les nutritionnistes doivent se partager au-delà de leurs moyens entre une grande diversité de programmes et que, par conséquent, leur intervention n'a qu'un effet assez peu marqué, dans l'ensemble. À leur avis, il est nécessaire de coordonner les stratégies si l'on veut réellement voir un changement en ce qui concerne le prévention primaire de l'obésité.

Les participants à l'enquête mentionnent aussi le manque de connaissances et de compétences appropriées pour adopter une approche axée sur la santé de la population et la nécessité de former aussi bien les employés que les bénévoles communautaires en ce qui concerne la promotion de la santé de la population. Un de leur défi permanent consiste à lutter contre la conviction répandue selon laquelle l'information et l'éducation peuvent à elles seules modifier le comportement.

Futures initiatives

La plupart des plans provisoires concernant de futures initiatives de prévention primaire de portée provinciale consistent à étendre les programmes locaux ou pilotes au reste de la région ou de la province; à l'heure actuelle le financement de ces projets est incertain. Plusieurs nouveaux partenariats n'ont pas encore élaboré de plans ni obtenu les fonds nécessaires, mais ont l'intention de le faire dans un avenir proche.

Nombre d'initiatives prévues visent à augmenter l'activité physique.

- Les partenariats à l'échelle provinciale formés dans les quatre provinces pour relever le défi national consistant à réduire l'inactivité physique de 10 % en sont encore à l'étape de la planification et de la recherche de sources de financement.
- Dans trois provinces, les partenariats formés pour augmenter l'activité physique des personnes handicapées commencent aussi à penser à des initiatives collectives.
- La promotion de l'activité physique prend de l'importance dans le secteur sans but lucratif, à mesure que la Société canadienne du cancer adapte la documentation existante afin d'y inclure des messages importants sur l'activité physique et que les fondations provinciales des maladies du cœur multiplient leurs efforts en vue de promouvoir la marche.
- La Division de la culture, du patrimoine, des loisirs et des sports du ministère de l'Éducation de l'Île-du-Prince-Édouard exécute à l'heure actuelle l'essai pilote d'un programme d'exercice physique et de prévention du diabète et d'une trousse documentaire qui, en principe, seront offerts dans toute la province.
- Le *Cape Breton Wellness Centre* est en train de mettre sur pied une initiative d'activité physique en milieu de travail et un essai pilote sera réalisé auprès de petites entreprises.

Quelques organismes envisagent d'élaborer ou d'étendre des initiatives de prévention primaire ou de bien-être qui encourageront une saine alimentation et l'activité physique.

- L'Association canadienne du diabète envisage, au niveau tant national que régional, divers moyens d'augmenter les activités de prévention primaire, y compris la production de documentation et la création de programmes communautaires d'approche et d'intervention en milieu de travail.
- Le groupe de travail de l'initiative *Healthy Weights* de la Nouvelle-Écosse a l'intention d'élaborer une stratégie et d'entreprendre plusieurs projets dans les mois à venir.
- L'*Atlantic Health and Wellness Institute* (Halifax) est en train de mettre à l'essai divers programmes de bien-être en milieu de travail et a l'intention de les vendre aux entreprises de la région de l'Atlantique.
- Au Nouveau-Brunswick, des infirmières sont recrutées par 18 districts scolaires pour participer à la coordination des programmes scolaires de promotion de la santé et de bien-être visant les élèves du primaire. En outre, le gouvernement provincial est en train d'élaborer une stratégie provinciale du mieux-être.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, la région sanitaire d'East Prince est en train de mettre en place une stratégie régionale de bien-être.
- Dans le cadre du programme provincial de lutte contre le diabète, chaque région sanitaire de l'Île-du-Prince-Édouard est en train de former une équipe multidisciplinaire qui sera chargée des services relatifs au diabète et une partie des fonds ont été affectés à la prévention primaire. Il reste toutefois à décider comment ces fonds seront utilisés.
- Le *Diabetes Advisory Committee* de Terre-Neuve planifie une étude sur l'incidence et sur la prévalence du diabète dans la province. La prévention fera partie intégrante de la stratégie que l'on élaborera une fois l'étude achevée.
- Le *Diabetes Care Program* de la Nouvelle-Écosse prévoit utiliser davantage son bulletin et d'autres véhicules pour disséminer des messages sur la prévention, les partenariats et l'augmentation de la capacité d'action communautaire aux prestateurs de soins aux personnes atteintes du diabète.

Enfin, pour améliorer la nutrition, le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick envisage de lancer un projet pilot intitulé *Eating Well in New Brunswick.*

CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE

L'objectif de l'enquête sur la prévention du diabète est de mieux comprendre l'infrastructure existante de prévention du diabète. Les résultats brossent un tableau général des activités de prévention dans la région, mais ils ne décrivent qu'une partie de la situation. L'analyse de l'environnement n'a pas permis de recenser toutes les grandes initiatives, mais a par contre fait découvrir quelques initiatives locales. Malgré cela, l'enquête révèle un ensemble disparate de partenariats, de programmes et de ressources qui contribuent de façon limitée à la prévention du diabète. Les principaux résultats de l'analyse en ce qui concerne l'infrastructure de prévention sont ceux qui suivent.

- Jusqu'à présent, la région n'a pas accordé une grande priorité à la prévention du diabète en soi, bien que nombre d'organismes entreprennent des activités de prévention.
- Nombre de personnes contactées ne savaient pas clairement comment prévenir le diabète.
- Bien qu'il n'existe, à l'échelle de la population, aucune stratégie de prévention du diabète, il existe des stratégies visant à réduire les facteurs de risque de cette maladie.
- Nombre d'initiatives à l'échelle de la population visent à réduire l'inactivité physique et sont menées par le secteur des loisirs.
- Quelques initiatives à l'échelle de la population visent à réduire l'obésité (à la fois en réduisant l'inactivité et en améliorant la nutrition). Ces initiatives sont menées par le secteur de la santé, principalement (mais pas uniquement) par des groupes visant à lutter contre les maladies cardiovasculaires.
- Les quelques initiatives à l'échelle de la population qui visent à améliorer la nutrition sont menées par les nutritionnistes du secteur de la santé.
- Un grand nombre d'autres initiatives en vue de promouvoir la nutrition et (ou) de réduire l'obésité pourraient être étendues à l'ensemble de la population, mais ne sont pas très répandues faute de ressources humaines.
- Augmenter les connaissances et les compétences individuelles demeure la principale méthode suivie par nombre d'organismes et d'initiatives en vue d'amener un changement de comportement.
- La plupart des initiatives multisectorielles à l'échelle de la population en sont aux premières étapes du développement et les fonds nécessaires n'ont pas encore été obtenus ni les stratégies, développées. Le budget de quelques projets est presque épuisé.
- Dans l'ensemble, peu d'initiatives sont multisectorielles et un nombre encore plus faible font intervenir collectivement les secteurs des loisirs et de la santé. Les partenariats avec l'industrie alimentaire sont très peu nombreux.
- Les ressources, les connaissances et les compétences nécessaires pour promouvoir la santé de la population sont insuffisantes.

Tous ces résultats font ressortir l'importance d'un effort concerté en vue de prévenir le diabète et donnent à penser que l'infrastructure nécessaire pour élaborer une stratégie de prévention existe déjà en grande partie dans la région. Les quelques initiatives multisectorielles à l'échelle de la population en place à l'heure actuelle constituent un fondement important sur lequel on peut s'appuyer pour élaborer une stratégie de prévention du diabète. Les résultats et leurs conséquences en ce qui concerne l'élaboration d'une stratégie de prévention sont examinés à la quatrième section.

Quatrième section
ACTION CONCERTÉE EN VUE DE PRÉVENIR LE DIABÈTE

Le diabète est un dossier de santé publique important qui demande une action immédiate et concertée. Conjuguée au vieillissement rapide de la population, la hausse des taux d'inactivité, d'obésité et de diabète représente une conjoncture problématique non seulement pour les personnes touchées et leur famille, mais aussi pour le système de santé dans son ensemble. L'adoption d'une approche axée sur la santé de la population en vue de réduire la prévalence du diabète de type 2 représente un moyen critique de relever rapidement ces défis.

La quatrième section intègre les renseignements de la première section sur les programmes fructueux de promotion de la santé de la population à ce que nous savons des taux courants de diabète (deuxième section) et des efforts courants en vue de prévenir cette maladie (troisième section). On y précise certaines mesures nécessaires pour élaborer une approche axée sur la santé de la population en vue de prévenir le diabète. Sa présentation suit l'énumération des principes essentiels d'une approche axée sur la santé de la population présentée aux pages 5 et 6.

Élaboration de programmes à l'échelle de la population

Une approche axée sur la santé de la population a pour cible la population dans son ensemble ou des sous-populations importantes plutôt que des particuliers ou des petits groupes. La répartition du diabète dans la région montre que l'inactivité physique, l'obésité et le diabète sont des problèmes qui recoupent tous les segments de la population : hommes et femmes, jeunes et vieux, riches et pauvres, et membres de tous les groupes culturels. Bien que certaines personnes courent un plus grand risque que d'autres de devenir diabétiques, nous sommes tous susceptibles de souffrir les conséquences d'un régime riche en matières grasses et d'un mode de vie sédentaire. Prévenir le diabète nécessite vraiment une stratégie à l'échelle de la population.

Dans la région, aucune activité courante visant spécifiquement à prévenir le diabète ne couvre l'ensemble de la population. Les services s'adressent en général aux particuliers ou sont offerts à l'occasion à de petits groupes. Inversement, nombre d'initiatives de lutte contre l'inactivité et l'obésité s'étendent à la population dans son ensemble ou ont la possibilité de le faire à condition que les ressources soient disponibles. La plupart des travaux des organismes provinciaux de loisirs (gouvernementaux et non gouvernementaux) couvrent l'ensemble de la population. Dans le secteur de la santé, les initiatives à l'échelle de la population sont moins courantes, des efforts

importants étant consacrés à des initiatives d'évaluation du risque personnel et de counseling, ainsi qu'à divers programmes locaux s'adressant à de petits groupes et visant à étoffer les connaissances et les compétences des participants. La plupart du temps, les programmes à l'échelle de la population sont offerts dans une région sanitaire particulière d'une province. La plupart des activités des organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé pourraient s'étendre à la population dans son ensemble, mais ces organismes ne possèdent ordinairement pas assez de ressources pour promouvoir leurs programmes de façon aussi générale qu'ils le voudraient.

Il faut manifestement élaborer des stratégies de promotion du poids-santé et de prévention de l'obésité qui s'adressent à l'ensemble de la population et de soutenir les initiatives existantes visant à réduire l'inactivité. Il est par contre moins certain qu'il faille élaborer des programmes de prévention du diabète proprement dit à l'échelle de la population. Comme l'illustre la figure 9, les programmes de lutte contre deux facteurs de risque de la maladie, c'est-à-dire l'obésité et l'inactivité, produisent les mêmes résultats que les programmes de lutte contre le diabète. Les efforts en vue de réduire les facteurs de risque sans les associer à une maladie ou à un problème de santé particulier seront vraisemblablement beaucoup plus efficaces, grâce à la réduction des chevauchements et à la possibilité d'attirer une gamme plus variée de partenaires[24].

Pour nombre de spécialistes de la santé et d'autres secteurs, faire porter les travaux sur des populations entières au lieu de particuliers exige de nouvelles connaissances et compétences, ainsi qu'une structure organisationnelle propice. La première étape de la réorientation des travaux de prévention en vue de les concentrer sur la population consistera à augmenter la capacité d'action des organismes et des individus.

Mesures nécessaires

- Créer, aux niveaux organisationnel et individuel, la capacité d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes à l'échelle de la population.
- Soutenir ou élargir les programmes à l'échelle de la population existants destinés à réduire l'inactivité et l'obésité.

Collaboration intersectorielle

Une approche axée sur la santé de la population reconnaît qu'à lui seul, le secteur de la santé ne peut réaliser des changements à l'échelle de la population et que les travailleurs du secteur de la santé doivent forger de nouveaux liens avec des groupes qui ne s'intéressent normalement pas à la santé, mais dont les activités influent sur cette dernière. Les partenaires importants pour la prévention du diabète incluent les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux nationaux, provinciaux et régionaux des secteurs de la santé, des loisirs, de l'éducation, des

services sociaux et de l'environnement, l'industrie de l'alimentation et des services de restauration, et les collectivités.

Curieusement, en ce qui concerne la prévention du diabète de type 2, la plupart des efforts ne sont pas déployés par le secteur de la santé, mais plutôt par celui des loisirs. La plupart des travaux de ce dernier en vue de prévenir l'inactivité sont le fruit de partenariats. À cet égard, on mentionnera les partenariats intersectoriels de portée provinciale formés dans chaque province en réponse au cadre national d'action contre l'inactivité physique publié en 1997[25].

Malgré cela, dans l'ensemble, les exemples de collaboration entre les secteurs de la santé et des loisirs sont peu nombreux. Comme l'inactivité physique est l'un des deux seuls facteurs de risque modifiables connus du diabète, il importe plus que jamais que le secteur de la santé mette à profit l'expérience du secteur des loisirs en vue de lutter contre le diabète.

Pour accomplir des progrès en ce qui concerne le deuxième facteur de risque, c'est-à-dire l'obésité, il faudra améliorer la valeur nutritive du régime alimentaire au Canada atlantique. Cette amélioration obligera à modifier considérablement la façon dont les aliments sont transformés, commercialisés et distribués dans la région. Jusqu'à présent, un très petit nombre d'initiatives seulement ont formé des partenariats avec l'industrie alimentaire. En outre, si sa participation est envisagée, l'industrie alimentaire est parfois perçue davantage comme un problème ou un bailleur de fonds éventuel que comme un partenaire à part entière.

Les travailleurs du secteur de la santé doivent inviter plus de partenaires à participer aux prises de décisions lors de la planification des stratégies visant à résoudre les problèmes que posent la nutrition, l'obésité et le diabète. Les secteurs des loisirs, de la santé et de l'alimentation doivent s'efforcer de résoudre ensemble et avec d'autres ces problèmes difficiles. Grâce à une collaboration intersectorielle, les organismes multiplieront les ressources disponibles, comprendront mieux ce qu'il est possible de faire et la façon de le faire et noueront des liens durables qui porteront fruit à long terme.

Mesures nécessaires

- Créer, aux niveaux organisationnel et individuel, la capacité d'établir une collaboration intersectorielle en vue de promouvoir la santé de la population.
- Soutenir les partenariats intersectoriels de portée provinciale existants visant à réduire l'inactivité physique.
- Élaborer et (ou) soutenir des partenariats intersectoriels de portée provinciale comptant des représentants de tous les paliers de gouvernement et des secteurs de la santé, des loisirs et de l'alimentation en vue d'aborder la question des poids favorisant un bon état de santé.
- Multiplier les partenariats intersectoriels en vue de planifier les initiatives dans le domaine de la nutrition et du maintien d'un poids-santé.

Agir sur les causes fondamentales

Créer un milieu propice à un mode de vie actif et au maintien d'un poids-santé oblige à examiner la vaste gamme de facteurs et de conditions qui ont une grande influence sur la santé et d'agir sur ces facteurs et conditions. Pour nombre d'intervenants du secteur de la santé, il s'agit d'une nouvelle façon de penser; dans l'ensemble, la plupart des travaux qui contribuent à prévenir le diabète dans la région de l'Atlantique visent encore à augmenter les connaissances individuelles. Nombre d'intéressés ne paraissent pas être entièrement certains de ce qu'on entend par agir sur les facteurs appelé maintenant *déterminants de la santé* et il semble que la gamme de stratégies permettant d'y arriver soit peu nombreuses. Cette situation tient sans doute en partie au très petit nombre de partenariats multisectoriels. Les mesures que peuvent prendre à eux seuls les travailleurs du secteur de la santé pour agir sur les déterminants de la santé sont manifestement limitées.

L'action sur les causes fondamentales, quand elle a lieu, vise principalement à créer des réseaux de soutien social ou à améliorer le milieu social et physique. Les exemples de mesures en vue d'améliorer le milieu physique, y compris les programmes de transport actif et les programmes de création de sentiers de promenade, des pistes cyclables et d'autres installations de loisirs, sont très variés.

Nombre d'études ont montré que les déterminants de la santé créent les conditions propices à un bon état de santé ou à la maladie. Par conséquent, il est intéressant de constater, au moins dans la région de l'Atlantique, que le revenu ne semble pas être un prédicteur de la prévalence du diabète et que le niveau de scolarité y a moins d'effet qu'ailleurs sur cette dernière. Il s'agit là d'un bon exemple de situation où les conditions requises pour optimiser globalement la santé ne sont vraisemblablement pas les mêmes que celles nécessaires pour prévenir chaque maladie en particulier. Bien qu'on ne puisse tirer des conclusions catégoriques quant aux liens entre le revenu, le niveau de scolarité et le diabète d'une seule étude, ces résultats inattendus sous-entendent qu'il faudrait poursuivre les travaux dans ce domaine.

Mesures nécessaires

- Créer, aux niveaux organisationnel et individuel, la capacité d'agir sur les causes fondamentales de la mauvaise alimentation et du mode de vie sédentaire.
- Multiplier les efforts en vue de créer des environnements propices à une alimentation saine et à un mode de vie actif.
- Étudier les liens entre le diabète, le revenu et le niveau de scolarité dans la région de l'Atlantique.

Stratégies multiples et effort soutenu

Une approche axée sur la santé de la population reconnaît qu'amener des changements à l'échelle de la population demande du temps et qu'à elle seule, aucune intervention ne portera fruit. Provoquer des changements de comportement complexes à l'échelle de la population nécessitera un engagement à long terme, y compris des interventions multiples, coordonnées à divers paliers de responsabilité, sur une certaine période. La gamme d'interventions nécessaires comprend l'élaboration d'une politique gouvernementale axée sur l'amélioration de la santé, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des compétences personnelles et la réorientation des services de santé. Aucun organisme de la région n'a, à lui seul, les ressources nécessaires pour déployer et soutenir ce genre d'effort. Il faudra donc manifestement obtenir le soutien nécessaire pour la mise en place de l'infrastructure qui permettra de coordonner les interventions de nombreux organismes.

Quelques organismes de la région, qui résultent tous de partenariats généraux, recourent à plusieurs stratégies pour prévenir l'inactivité et l'obésité. Ils seront pour d'autres des modèles importants, mais leur capacité de soutenir ces activités de partenariat au fil du temps est incertaine, puisque peu d'entre eux bénéficient d'une source permanente de financement. Le manque de ressources pour poursuivre les stratégies suffisamment longtemps pour obtenir des résultats est un problème important.

Mesures nécessaires

- Créer, aux niveaux organisationnel et professionnel, la capacité d'appliquer la gamme complète de stratégies à l'échelle de la population en vue d'améliorer la nutrition et l'activité physique.
- Soutenir l'infrastructure permettant de coordonner les travaux de nombreux organismes.
- Élaborer des stratégies provinciales prolongées de lutte contre l'inactivité physique et l'obésité.
- Être déterminé à mettre ces stratégies en œuvre à long terme.

Planification fondée sur des données probantes

Les décisions concernant les politiques et les programmes prises dans le cadre d'une approche axée sur la santé de la population doivent se fonder sur des données valables. Trois catégories de données sont essentielles à l'élaboration d'une stratégie de prévention du diabète : des données statistiques et démographiques pour décrire et surveiller la situation courante, des renseignements sur les initiatives fructueuses tirés des travaux publiés et les connaissances accumulées par les collectivités.

L'Enquête nationale sur la santé de la population, le Sondage indicateur de l'activité physique et les registres provinciaux du diabète (là où ils existent) fournissent d'excellentes données provinciales permettant de planifier et de suivre les grandes initiatives, comme le fera aussi le

futur Système national de surveillance du diabète. La plupart des partenariats multisectoriels s'intéressant aux facteurs de risque dans la région reconnaissent la valeur des données locales et quelques-uns recueillent des données repères avant de mettre en œuvre une stratégie.

Mesurer les résultats en vue de prouver l'efficacité des mesures prises est une composante importante de plusieurs initiatives nationales et d'initiatives menées en collaboration avec des départements de recherche universitaires. Les responsables d'un grand nombre d'initiatives de portée régionale sont capables de produire des données d'évaluation pour prouver leur succès – ou espèrent pouvoir le faire dès que leur évaluation sera terminée. Néanmoins, beaucoup d'initiatives ne sont pas évaluées du tout – ou si elles font l'objet d'une évaluation, celle-ci porte sur le processus et le degré de satisfaction plutôt que sur les résultats. Comme nombre de résultats des activités de promotion de la santé ne se manifestent que plusieurs années plus tard, recueillir des données sur ces résultats nécessite des compétences et des ressources que pourraient ne pas posséder un grand nombre d'organismes.

Si l'évaluation et la consultation des données locales sont des éléments essentiels aux stratégies axées sur la santé de la population, elles ne dépeignent qu'une partie de la situation. L'obésité et l'inactivité physique sont toutes deux des problèmes complexes qui exigent des mesures complexes. Toute stratégie visant à réduire ces facteurs de risque demande une bonne compréhension des mesures qui portent fruit. Bien qu'il n'existe aucune réponse simple, le document de l'OMS intitulé *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic* fournit une excellente revue des résultats publiés sur la prévention de l'obésité et de l'inactivité. Les organismes, les professionnels et les décideurs bénévoles doivent tous pouvoir consulter plus facilement les travaux publiés et apprendre à mieux interpréter et utiliser les résultats de recherche pour prendre des décisions éclairées.

Mesures nécessaires

- Permettre aux professionnels et aux décideurs de consulter plus facilement les résultats des travaux sur la prévention de l'obésité et de l'inactivité.
- Augmenter la capacité qu'ont les spécialistes de la santé et des loisirs d'appliquer les résultats de la recherche à l'élaboration des politiques et à la planification des programmes.
- Augmenter la capacité des organismes à procéder à des évaluations axées sur les résultats.

CONCLUSION

La présente analyse de l'environnement montre que, pour nombre de personnes de la région, l'adoption d'une approche axée sur la santé de la population pour prévenir le diabète représente une nouvelle façon de penser. Pour traduire cette nouvelle façon de penser en nouvelle façon d'agir, il faudra susciter un plus haut niveau d'engagement de la part des organismes chargés des travaux et augmenter leur capacité d'accomplir ces travaux. Pour porter fruit, une stratégie de prévention du diabète devra notamment viser à augmenter, aux niveaux organisationnel et

individuel, la capacité de collaborer avec d'autres secteurs, d'une part, et à créer un environnement et des conditions qui favorisent l'adoption de comportements favorables à la santé, d'autre part. Ces efforts doivent inclure des activités de formation, la production de documentation, la fourniture de renseignements sur les interventions fructueuses et l'obtention des ressources financières et humaines appropriées pour réorienter, coordonner et mettre en œuvre des programmes de prévention primaire.

Les résultats laissent aussi entendre que prévenir le diabète exigera deux stratégies distinctes, mais connexes, c'est-à-dire une stratégie pour chaque facteur de risque modifiable. Dans chaque province, des partenariats intersectoriels en vue de réduire l'inactivité ont été établis après l'élaboration d'un cadre stratégique national et les travaux sont déjà bien avancés. Ces partenariats représentent certes un premier pas important vers la prévention du diabète, mais il faudra appliquer des mesures énergiques, soutenues et bien conçues pour provoquer des modifications mesurables du comportement. Pour cela, les provinces devront obtenir un soutien à la fois politique et financier.

Les partenariats intersectoriels de portée provinciale en vue d'améliorer la nutrition ne sont pas aussi développés. Dans certaines provinces, les équipes chargées des projets sur la santé cardiovasculaire ont établi des partenariats solides et mis en œuvre des stratégies dans des régions socio-sanitaires particulières. Cette expertise et l'infrastructure qui a été mise en place ces dix dernières années sont d'importantes ressources sur lesquelles pourront s'appuyer les stratégies provinciales d'amélioration de la nutrition. Cependant, pour que la lutte contre l'obésité donne des résultats mesurables à l'échelle de la population, il faudra élaborer un cadre stratégique qui assurera le soutien politique et financier nécessaire pour augmenter la capacité d'action de nombreux organismes et coordonner leurs travaux.

La Stratégie canadienne sur le diabète offre une excellente occasion d'améliorer la santé de la population au cours du prochain siècle. À condition que le soutien soit adéquat, la région possède déjà toutes les ressources nécessaires pour coordonner les activités de prévention du diabète. Les importantes mesures prises aujourd'hui nécessiteront des fonds supplémentaires, mais en dernière analyse, ne pas agir coûtera beaucoup plus cher. Un effort concerté en vue de prévenir l'inactivité et l'obésité aujourd'hui aura des effets qui dépasseront de loin le cadre de la prévention du diabète et s'étendront à la prévention d'autres maladies non transmissibles. L'effort déployé aujourd'hui permettra donc d'améliorer la qualité de la vie et de réduire le fardeau qui pèse sur le système de santé pendant les décennies à venir.

Les organismes tant gouvernementaux que non gouvernementaux de la région ont mis en place une gamme variée d'initiatives qui contribuent à la prévention du diabète, y compris la formation de partenariats, la production de documentation, l'offre de services et de programmes qui répondent aux besoins personnels à chaque étape de la vie. Les programmes et l'expérience acquise par les membres de ces organismes représentent le fondement nécessaire à l'élaboration de stratégies provinciales d'amélioration de la santé de la population en vue de réduire

l'inactivité, l'obésité et le diabète. Alors qu'en agissant isolément, peu d'initiatives courantes ont un effet à grande échelle, chacune d'entre elles pourra jouer un rôle important en tant que partie intégrante d'un cadre stratégique coordonné.

NOTES EN FIN DE TEXTE

1. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie (1999) p. 4.

2. OMS Groupe d'étude sur la prévention du diabète sucré (1994).

3. Les quatre composantes de la Stratégie canadienne sur le diabète sont 1) la coordination nationale, 2) l'Initiative de surveillance du diabète chez les Autochtones, 3) le Système national de surveillance du diabète et 4) la prévention et la promotion.

4. Les définitions proposées pour les trois niveaux de prévention du diabète ont été formulées aux fins d'uniformité pour la Stratégie canadienne sur le diabète par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, à Ottawa, en collaboration avec le Comité directeur de la prévention et de la promotion. Elles se fondent sur deux sources : le groupe d'étude de l'OMS sur la prévention du diabète sucré (1994) et Saskatchewan Health (1999).

5. La présente section s'inspire fortement, et sans honte, de deux excellents documents : Saskatchewan Health (1999) et WHO Consultation on Obesity (1997), ch. 9 : *The prevention and management of overweight and obesity in populations: A public health approach.* Il ne semblait y avoir aucune raison convaincante d'essayer de trouver d'autres mots pour dire ce que ces travaux ont si bien énoncé. Cependant, la présente section est loin de pouvoir rendre justice à l'abondance d'information que contiennent ces deux documents. Il est fortement conseillé au lecteur de se procurer les originaux.

6. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie (1999) p. 48.

7. Pour une bonne revue de cette étude, voir Kriska (1997).

8. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la condition physique et les loisirs (1997) p. 6.

9. WHO Consultation on Obesity (1997) p. 186.

10. WHO Consultation on Obesity (1997) p 108.

11. Population Health Research Unit (1999) p. 1.

12. Organisation mondiale de la santé (1986) La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

13. WHO Consultation on Obesity (1997) p. 196.

14. Le Système national de surveillance du diabète est l'une des quatre composantes de la Stratégie canadienne sur le diabète. L'objectif du SNSD est de mettre en place un système national normalisé de surveillance en vue de recueillir des données sur le diabète et sur ses complications dans chaque province et territoire. Cette tâche sera accomplie grâce à l'intégration de bases de données nouvelles et existantes dans les diverses régions du pays. Les

données nationales comparatives seront diffusées pour faciliter l'élaboration de stratégies efficaces de prévention et de traitement.

15. L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) est une enquête longitudinale couvrant la population à domicile réalisée tous les deux ans par Statistique Canada. En 1994-1995 et en 1996-1997, 20 000 Canadiens et Canadiennes de 12 ans et plus ont été observés. Les personnes placées en établissement et celles qui vivent dans les réserves ou dans les bases des Forces canadiennes ne font pas partie du champ d'observation de l'enquête. Le taux de réponse aux deux premiers cycles de l'enquête a atteint plus de 85 %. Les estimations calculées d'après les données de l'ENSP sont exactes à 1 ou 2 points de pourcentage près, 19 fois sur 20.

16. Population Health Research Unit (2000).

17. LeBlanc (1998), LeClair (2000) et Department of Health and Social Services, Île-du-Prince-Édouard (1999).

18. Communication personnelle, Rose Fraser, Black Women's Health Project et Sharon Davis-Murdoch, Department of Health, Nouvelle-Écosse, juillet 2000.

19. Santé Canada, Direction générale des services médicaux (1997) p. 6.

20. Lilley, S. et J.M. Campbell (1999) p. 6.

21. Le Sondage indicateur de l'activité physique est produit annuellement par l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. Il s'agit d'une enquête téléphonique qui vise à suivre l'évolution des profils d'activité physique, des facteurs qui influent sur la participation et les circonstances de la vie au Canada. À ce titre, il permet de suivre des indicateurs des résultats des efforts déployés pour augmenter l'activité physique chez les Canadiens et les Canadiennes.

22. Le présent document a été produit dans le cadre de la composante de la prévention et de la promotion de la Stratégie canadienne sur le diabète. Comme le diabète est un problème très important chez les Autochtones, une composante distincte de la Stratégie canadienne sur le diabète, l'Initiative de surveillance du diabète chez les Autochtones, vise spécialement ce groupe démographique. Afin d'éviter le chevauchement avec les travaux réalisés aux termes de l'Initiative de surveillance du diabète chez les Autochtones, les travaux mentionnés dans le présent rapport se concentrent sur les initiatives visant le grand public et la population non autochtone.

23. Pentz (1995).

24. L'importance qu'il y a à concentrer les stratégies sur l'obésité proprement dite plutôt que sur un facteur de risque de maladie non transmissible, comme le diabète, est soulignée dans le document WHO Consultation on Obesity (1997) p. 170.

25. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la condition physique et les loisirs (1997).

27. Les organismes énumérés sont ceux qui ont retourné dûment rempli un ou plusieurs exemplaires du questionnaire sur la prévention du diabète. Les organismes qui ont demandé l'anonymat ne figurent pas sur la liste. Les initiatives énumérées sont celles pour lesquelles des renseignements ont été fournis. Elles ne visent pas à brosser un tableau complet de l'activité dans une province.

BIBLIOGRAPHIE

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la condition physique et les loisirs. 1997. *L'inactivité physique : un cadre d'action*. Ottawa.

Groupe d'étude de l'Organisation mondiale de la santé sur la prévention du diabète sucré. 1994. *Prévention du diabète sucré*. Technical Report Series, No 844. Genève.

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. 1998. *Le sondage indicateur de l'activité physique*. Ottawa. http://www.cflri.ca.

Kriska, A. 1997. Physical activity and the prevention of type II (non-insulin dependent) diabetes. *Research Digest* (publié par le President's Council on Physical Fitness and Sports (É.-U.)), 2(10): 1-7.

LeBlanc, J. 1998. The prevalence of diabetes mellitus in Nova Scotia: What can we learn from routinely collected health data? *Diabetes Care in Nova Scotia*, 8(4): 1-3.

LeClair, C.-A. 2000. *Étude sur l'incidence et la prévalence du diabète au Nouveau Brunswick*. École de nutrition et d'études familiales, Université de Moncton. Non publié.

Lilley, S. et J.M. Campbell. 1999. *Les sables vivants : Le profil du Canada Atlantique en transition*. Produit pour la Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Bureau de l'Atlantique, Santé Canada. Halifax.

Organisation mondiale de la santé, 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Pentz, H.A. 1995. *Achieving Healthy Weights Discussion Paper*. Préparé pour le ministère de la Santé du gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador. St. John's.

Prince Edward Island Department of Health and Social Services, Epidemiology Unit. 1999. *Diabetes Fact Sheet: Diabetes in Prince Edward Island*.

Population Health Research Unit. 1999. *How to Find, Evaluate, and Use Applied Research in Evidence-based Planning.* Department of Community Health and Epidemiology, Dalhousie University, Halifax.

Population Health Research Unit. 2000. *A Diabetes Profile of Atlantic Canada from the National Population Health Survey and the Nova Scotia Health Survey.* Document non publié produit pour, et pouvant être obtenu auprès de, la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau de l'Atlantique, Santé Canada.

Santé Canada, Direction générale des services médicaux. 1997. *Le diabète et les Premières Nations : Information tirée de l'Enquête auprès des peuples autochtones de Statistique Canada, 1991.* Ottawa.

Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Division du diabète. 1999. *Le diabète au Canada : Statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte.* Ottawa.

Saskatchewan Health. 1999. *Population Health Promotion in the Primary Prevention of Type 2 Diabetes*. Regina.

World Health Organization Consultation on Obesity. 1997. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Genève. http://www.who.int/hlt/.

Annexe :
ORGANISMES QUI ONT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE[26]

Renseignements personne-ressource	Description des initiatives
Active Living Alliance for Canadians with a Disability 4, Hunts Lane St. John's (T.-N.) A1B 2L3 Téléphone : (709) 737-3861 Télécopieur : (709) 737-3883 Personne-ressource : Patrick Reddick, président hcc.redp@hccsj.nf.ca	Active Living Alliance for Canadians with a Disability, Newfoundland and Labrador Development Committee (Alliance de vie active pour les Canadiens/Canadiennes ayant un handicap)
Active Living Alliance NB/Alliance de vie active N.-B. 655, rue Main Moncton (N.-B.) E1C 1E8 Téléphone : (506) 853-3512 Télécopieur : (506) 859-2629 Personne-ressource : Jocelyn Cohoon jocelyn.cohoon@moncton.org	Alliance de vie active pour les Canadiens/Canadiennes ayant un handicap
Association des travailleurs et travailleuses en loisirs du Nouveau-Brunswick Inc. 31, rue Sormany Edmundston (N.-B.) E3V 1Y3 Téléphone : (506) 736-0111 Télécopieur : (506) 739-7568 Personne-ressource : Claude Lord, directeur général lordcpro@nbnet.nb.ca	Sport, loisirs et vie active Réduction de l'inactivité physique de 10% chez les personnes de 35 à 45 ans
Atlantic Health and Wellness Institute 6960, chemin Mumford, 2e étage Halifax (N.-É.) B3L 4P1 Téléphone : (902) 482-2494 Télécopieur : (902) 482-2501 Personne-ressource : Lydia Makrides, Director ahwi@globalserve.net	Menopause and Health (La ménopause et la santé) Smoking Cessation (Renoncement au tabac) Stress Management Program (Programme de gestion du stress) Health and Wellness Program (Programme santé et bien-être) Weight Management Program (Programme de contrôle du poids) Food for Health (Aliments-santé) Individual Nutrition Counselling (Conseils individuels en nutrition) Heart Smart Cooking Course (Cours de cuisine Heart Smart)
Société canadienne du cancer 5826, rue South, pièce 1 Halifax (N.-É.) B3H 1S6 Téléphone : (902) 423-6183 Télécopieur : (902) 429-6563 Personne-ressource : Judy Purcell Program Coordinator, Health Promotion nstn3332@fax.nstn.ca	Cancer Information Service (CIS) (Service d'information sur le cancer) Growing up with Food

Société canadienne du cancer, Division de l'Î.-P.-É. 1, rue Rochford, pièce 1 Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 9L2 Téléphone : (902) 566-4007 Télécopieur : (902) 628-8281 Personne-ressource : Holly Smith, Education Coordinator hsmith@pei.cancer.ca	5 to 10 a Day - Are You Getting Enough?
Association canadienne du diabète C.P. 133 Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7K2 Téléphone : (902) 894-3005 Télécopieur : (902) 368-1928 Personne-ressource : Shirley Berry, Executive Director berry@diabetes.ca	Activités non précisées
Association canadienne du diabète 165, rue Regent, pièce 3 Fredericton (N.-B.) E3B 7B4 Téléphone : (506) 452-9009 Télécopieur : (506) 455-4728 Personne-ressource : Jacqueline Alain, directrice générale alain@diabetes.ca	Séances d'activités en milieu de travail
Association canadienne du diabète, Division de la N.-É. 101 - 6080, rue Young Halifax (N.-É.) B3K 5L2 Téléphone : (902) 453-4232 Télécopieur : (902) 453-4440 Personne-ressource : Neala Gill, Manager, Programs & Services neala.gill@diabetes.ca	Food for Thought MLA - Réception de sensibilisation Affiches sur la santé et séances éducatives
Cancer Care Nova Scotia 1278, chemin Tower, Édifice Bethune, pièce 540 Halifax (N.-É.) B3H 2V9 Téléphone : (902) 473-3675 Télécopieur : (902) 473-4631 Personne-ressource : Karen Pyra, Prevention Coordinator cckdp@qe2-hsc.ns.ca	Collaborative Action to Promote Healthy Weights
Cape Breton Wellness Centre C.P. 5300 Sydney (N.-É.) B1P 6L2 Téléphone : (902) 563-1422 Télécopieur : (902) 563-1612 Personne-ressource : Stacey Lewis, Director cbwellness.centre@uccb.ns.ca	Greenlink Active Transportation Pilot.
Cheryl Turnbull Nutrition Consulting Charlottetown (Î.-P.-É.) Téléphone : (902) 566-4847	Conseils en nutrition HUGS Lifestyle Program

Coeur en santé CEPS Louis-J-Robichaud, Université de Moncton Moncton (N.-B.) E1A 3E9 Téléphone : (506) 858-3771 Télécopieur : (506) 858-4308 Personne-ressource : Pierre Boulay, directeur boulayp@umoncton.ca	Programme Coeur en Santé
Secrétariat de la culture et du sport C.P. 6000 Fredericton (N.-B.) E3B 5H1 Téléphone : (506) 457-4950 Télécopieur : (506) 453-6548 Personne-ressource : Roger Duval, directeur roger.duval@gnb.ca	Secteur du sport, des loisirs et de la vie active
Culture, Fitness and Recreation Department of Education C. P. 2000 Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8 Téléphone : (902) 368-5509 Télécopieur : (902) 368-4663 Personne-ressource : John Morrison jwmorris@gov.pe.ca	PEI "An Active Healthy Province by 2003" Active Living
Department of Health and Community Services C.P. 8700 St. John's (T.-N.) A1B 4J6 Téléphone : (709) 729-3940 Télécopieur : (709) 729-5824 Personne-ressource : Eleanor Swanson Director, Planning and Evaluation	Healthy Eating, Active Living, Diets Don't Work
Department of Health and Community Services Eastern Region C.P. 38 Whitbourne (T.-N.) A0B 3K0 Téléphone : (709) 759-3365 Télécopieur : (709) 759-3361 Personne-ressource : Betty Reid-White, Director, Community Health Nursing brwhite@chcsb.nfld.net	Community Diabetes Management Program Programme de prévention (pas encore nommé)
Department of Health and Social Services - PEI C.P. 2000 Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8 Téléphone : (902) 368-6138 Télécopieur : (902) 368-4969 Personne-ressource : Theresa Henneberry, Director of Public Health and Evaluation thennebery@gov.pe.ca	Financement provincial de la prévention primaire

Ministère de la Santé et du Mieux-être - N.-B. 520, rue King Fredericton (N.-B.) E3B 5G8 Téléphone : (506) 453-6369 Télécopieur : (506) 453-8702 Personne-ressource : Gisèle McCaie-Burke, chef de projet gisele.mccaie-burke@gnb.ca	Stratégie provinciale concernant l'allaitement naturel Programme de petits déjeuners « Initiative santé » Initiatives pour la petite enfance (IPE) Promotion/éducation en matière de nutrition
Department of Tourism, Culture and Recreation C.P. 8700 St. John's (T.-N.) A1B 4J6 Téléphone : (709) 729-5281 Télécopieur : (709) 729-5293 Personne-ressource : David Doyle, Recreation & Sport Consultant david.doyle@mail.gov.nf.ca	Summer Active (étéACTIF) Guide d'activité physique canadien Wellness in the Workplace Séminaires/ateliers régionaux sur les loisirs
Diététiciens du Canada - Bureau de l'Atlantique C.P. 24070 Dartmouth (N.-É.) B3A 2L4 Téléphone : (902) 461-1029 Télécopieur : (902) 469-1039 Personne-ressource : Judy Jenkins, Regional Executive Director jjenkins@dietitians	Site Web des Diététiciens du Canada
East Prince Health 271, avenue Lidstone Summerside (Î.-P.-É.) C1N 3G6 Personne-ressource : Maureen Paquet, Wellness Planner Téléphone : (902) 432-2896 Télécopieur : (902) 436-0671 mppaquet@ihis.org	Wellness Days
École de nutrition et d'études familiales Université de Moncton Moncton (N.-B.) E1A 3E9 Téléphone : (506) 858-4285 Télécopieur : (506) 858-4540 Personne-ressource : Lita Villalon, directrice villall@u.moncton.ca	Étude sur l'incidence et la prévalence du diabète au Nouveau-Brunswick
Programme de vie active et saine pour les aînés 236, rue Saint George, bureau 315 Moncton (N.-B.) E1C 1W1 Téléphone : (506) 869-6977 Télécopieur : (506) 853-7856 Personne-ressource : Tamra Farrow, coordonatrice provinciale mctnvol@nbnet.nb.ca	Programme de vie active et saine pour les aînés

Healthy Communities in Action C.P. 641 Souris (Î.-P.-É.) C0A 2B1 Téléphone : (902) 687-7050 Télécopieur : (902) 687-7049 Personne-ressource : Rhonda MacPhee, Health Promotion Nurse rpmacphee@ihis.org	Groupe de travail sur la nutrition Groupe de travail sur le stress Groupe de travail sur les lieux sans fumée Community Research Associates Team Examens cardiaques
Fondation des maladies du cœur du N.-B. 110, rue Crown, bureau 340 Saint John (N.-B.) E2L 2X7 Téléphone : (506) 634-1620 Télécopieur : (506) 648-0098 Personne-ressource : Rosemary Boyle hsfofnb@nbnet.nb.ca	Workplace Wellness Heart Smart Cooking Speakers Bureau Hearts in Motion
Fondation des maladies du cœur de la N.-É. 5523, rue Spring Garden. Halifax (N.-É.) B3J 3T1 Téléphone : (902) 423-7530 Télécopieur : (902) 492-1464 Personne-ressource : Corinne Corning, Director of Health Promotion ccorning@heartandstroke.ns.ca	Healthy School Award Hearts in Motion Heart Smart Restaurant Program Family Fun Pack Activities that Work Heart Smart Cooking Course Site Web: www.heartandstroke.ns.ca
Fondation des maladies du cœur de l'Î.-P.-É. C.P. 279 Charlottetown (Î.-P.-É.) C1E 2Z8 Téléphone : (902) 892-7441 Télécopieur : (902) 368-7068 Personne-ressource : Angela Davies Coordinator of Health Promotion Programs adavies.hsfpei@itas.net	Walking Clubs (clubs de randonnée)
Heart Health Partnership 5849, avenue University Halifax (N.-É.) B3H 4H7 Téléphone : (902) 494-1960 Télécopieur : (902) 494-1916 Personne-ressource : Jane Farquharson jane.farquharson@dal.ca	The Heart Health Partnership Research Project
Newfoundland and Labrador Parks/Recreation Association C.P. 8700 St. John's (T.-N.) A1B 4J6 Téléphone : (709) 729-3892 Télécopieur : (709) 729-3814 Personne-ressource : Gary Milley, Executive Director nlpra@nf.aibn.com	Summer Active (étéACTIF) Stratégie de réduction de l'inactivité physique de 10 % Réduction du risque chez les jeunes par les loisirs Active Living Express

NS Sport and Recreation Commission C.P. 864 Halifax (N.-É.) B3J 2V2 Téléphone : (902) 424-7512 Télécopieur : (902) 424-0520 Personne-ressource : Mike Arthur Director, Community Development arthurmh@gov.ns.ca	Physically Active Children and Youth (PACY) NS Trails Information Project Recreation Facility Development Program (RFD) Nova Scotia Outdoor Leadership Development Services régionaux Programmes de financement pour les groupes provinciaux municipaux
NS Sport and Recreation Commission - Western Region 28b, rue Aberdeen, pièce 2 Kentville (N.-É.) B4N 2N1 Téléphone : (902) 679-4390 Télécopieur : (902) 674-6094 Personne-ressource : Mike Trinacty, Regional Representative trinacme@gov.ns.ca	Physically Active Children and Youth - Western Region
PEI Reproductive Care Program C.P. 2000 Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8 Téléphone : (902) 368-4952 Télécopieur : (902) 368-7537 Personne-ressource : Janet Bryanton, Coordinator repcare@auracom.com	PEI Reproductive Care Program
Public Health Services, Northern Region 825, chemin East River, 2e étage New Glasgow (N.-É.) B2H 3J6 Téléphone : (902) 752-5151 Télécopieur : (902) 756-7175 Personne-ressource : Patrick Mullally, Health Educator pmullally@nrhb.ns.ca	Développement local de l'infrastructure de santé publique
Public Health Services, Western Region 60, rue Vancouver, 4e étage Yarmouth (N.-É.) B5A 2P5 Téléphone : (902) 742-7141 Télécopieur : (902) 742-6062 Personne-ressource : Karen Blanchard, Manager	Éducation prénatale Just for Girls - Body Image School Programs
Recreation Nova Scotia C.P. 3010 S Halifax (N.-É.) B3J 3G7 Téléphone : (902) 425-1128 Télécopieur : (902) 422-8201 Personne-ressource : Dawn Stegen stegenda@sportns.ns.ca	Building Healthier Communities Together Alliance de vie active pour les Canadiens/Canadiennes ayant un handicap - Sense of Belonging: bande vidéo et guide de l'animateur

Corporation hospitalière de la région 3 c/o Hôpital public d'Oromocto, 103, rue Winnebago Oromocto (N.-B.) E2V 1C8 Téléphone : (506) 357-4710 Télécopieur : (506) 363-2324 Personne-ressource : Bev Greene, Clinical Nurse Specialist r3bgreen@health.nb.ca	Groupes d'action communautaire Information sur le renoncement au tabac pour les infirmières conseils Healthy Weight / Scales Are for Fish Bien vieillir Soins de longue durée aux diabétiques Outil d'évaluation des aliments Dépistage du diabète
School of Health and Human Performance Dalhousie University 6230, rue South Halifax (N.-É.) B3H 3J5 Téléphone : (902) 494-1145 Télécopieur : (902) 494-5120 Personne-ressource : Phil Campagna, Associate Professor campagna@is.dal.ca	Les effets d'un programme d'exercice structuré sur les facteurs de risque du diabète non insulino-dépendant Comparaison du programme du Guide d'activité physique canadien au programme Digi-walker Step Counter Projet de recherche Physically Active Children and Youth
Sharing Strengths C.P. 1180 Wolfville (N.-É.) B0P 1X0 Téléphone : (902) 542-4028 Télécopieur : (902) 542-4020 Personne-ressource : Cari Patterson, Coordinator patterc.fmh@wrhb.org	Sharing Strengths